

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância**

Turma 9



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus, na UBS João Evangelista, São Luiz do Anauá/RR**

Yonar Charles Ramajo Dominguez

Pelotas, 2016

Yonar Charles Ramajo Dominguez.

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus, na UBS João Evangelista, São Luiz do Anauá/RR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Marcinia Moreno Bueno

Pelotas, 2016

D671m Dominguez, Yonar Charles Ramajo

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS João Evangelista, São Luiz do Anauá/RR / Yonar Charles Ramajo Dominguez; Marcinia Moreno Bueno, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

133 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Bueno, Marcinia Moreno, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico este trabalho em primeiro lugar a minha família e em especial a meu filho que são a razão de me superar cada dia e procurar ser um melhor profissional.

Agradecimentos

Agradeço a toda minha equipe de saúde, aos gestores municipais de saúde pela colaboração e parceria, aos usuários que sem eles não poderia ter realizado uma intervenção tão benéfica para à comunidade.

Meu agradecimento especial a minha orientadora, pois sem sua ajuda, realizar o curso teria sido uma tarefa impossível.

Resumo

Dominguez, Yonar Charles Ramajo. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS João Evangelista, São Luiz do Anauá/RR.** Ano. 2016. 131 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é mais comum entre as mulheres (26,9%) que entre os homens (21,3%) e também varia de acordo com a faixa etária e a escolaridade. Entre os brasileiros com mais de 65 anos de idade, 59,2% se declaram hipertensos. A prevalência de Diabetes Mellitus nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030, no Brasil é estimado para 11,3% das pessoas. (Ministério de Saúde, 2013). A finalidade da ação programática de atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus é fortalecer e qualificar a atenção às pessoas com essas doenças por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os níveis de atenção. O objetivo geral da intervenção proposta foi atenção à pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade Básica de Saúde João Evangelista, situada na zona rural do município São Luiz do Anauá, estado de Roraima, desenvolvida no período de três meses. A população adstrita da área de abrangência é de 961 usuários, segundo a estimativa da Planilha de Coleta de dados deveriam existir 146 usuários com hipertensão e 36 usuários com diabetes. Além disto, os registros de cadastro de nossa área estavam desatualizados, a qualidade das consultas e muitos parâmetros não eram cumpridos como estabelecida pelo protocolo; tomamos a decisão de fazer a intervenção nestes grupos de usuários fazendo um novo cadastro, melhorando assim a qualidade das consultas e cumprir com os objetivos, as metas e os indicadores previstos durante o processo da intervenção. Durante o preenchimento do caderno de ações programáticas identificamos que a realidade na UBS, não correspondia com o estudo feito no Brasil para estimativa destes usuários. As ações realizadas foram baseadas nos protocolos do Ministério da Saúde disponíveis nos Cadernos de Atenção Básica. Para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações desenvolvidas abrangendo quatro eixos norteadores: Monitoramento e Avaliação; Organização e Gestão do Serviço; Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. O cadastro na planilha de coleta de dados foi realizado no momento da consulta para monitoramento e acompanhar as metas e indicadores propostos. Para registro das atividades foram utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho. Ao final de nossa intervenção foram cadastrados 124 (86,3%) usuários com hipertensão e 32 (88,9%) usuários com diabetes. A intervenção foi ótima para a comunidade, muitos usuários puderam ter e/ou aprimoraram seus conhecimentos sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus, características, complicações e prevenção das suas doenças, conheceram os direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via. O vínculo entre profissionais, usuários e a família foi maior. A Unidade Básica de Saúde teve uma organização mais detalhada dos diferentes arquivos de atendimento dos usuários, assim como maior qualidade do acolhimento, a otimização da agenda para a atenção. A intervenção exigiu uma maior preparação para equipe, promoveu o trabalho em equipe, está implantada na rotina do serviço.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus e hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde.	104
Figura 2	Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde.	105
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	107
Figura 4	Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico.	111
Figura 5	Fotografia - Equipe da UBS com a comunidade	125
Figura 6	Fotografia - Orientação coletiva	125
Figura 7	Fotografia – Atendimento clínico	126

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde.
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistólica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	29
2 Análise Estratégica	31
2.1 Justificativa	31
2.2 Objetivos e metas	32
2.2.1 Objetivo geral	32
2.2.2 Objetivos específicos e metas	32
2.3 Metodologia	35
2.3.1 Detalhamento das ações	35
2.3.2 Indicadores	88
2.3.3 Logística	96
2.3.4 Cronograma.....	99
3 Relatório da Intervenção.....	100
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	100
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	102
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	102
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	103
4 Avaliação da intervenção.....	104
4.1 Resultados.....	104
4.2 Discussão	115
5 Relatório da intervenção para gestores	118
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	120
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	122
Referências	124
Apêndices.....	125
Anexos	128

Apresentação

O volume tratou do trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, da Universidade Federal de Pelotas. Realizamos um projeto de intervenção na Unidade Básica de Saúde João Evangelista, situada na zona rural do município São Luiz do Anauá, estado de Roraima, com o objetivo geral de Melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

O trabalho está dividido em cinco sessões. Na primeira será apresentada a análise situacional onde foi realizada uma avaliação minuciosa da situação da UBS.

Na segunda é apresentada a análise estratégica desenvolvida durante a segunda unidade de curso, onde é abordada a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma de execução do projeto de intervenção.

Na terceira, contempla o Projeto da intervenção, nesta encontra-se os relatórios da intervenção desenvolvida durante 12 semanas.

A quarta unidade que contempla a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados e a discussão, o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade e uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

A quinta que compreende a apresentação do Trabalho de Conclusão do Curso, onde será apresentada a bibliografia utilizada, os anexos e apêndice com os documentos que foram utilizados durante a intervenção.

1Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A estrutura da UBS João Evangelista, onde eu trabalho, é uma estrutura bem confortável, muito bem estruturada, está localizada na região rural do município, fica um pouco longe da cidade. A unidade tem a sala do médico, sala de enfermagem, sala de odontologia, sala de vacina, sala de farmácia e outras, na UBS ainda está faltando alguns equipamentos para o atendimento do dentista e outros serviços.

Eu estou fazendo atendimento médico com o apoio da enfermeira, e a principal fonte de apoio que são os agentes de saúde, planejamos as visitas as famílias todas as semanas, em especial, as pessoas, mais necessitadas como as pessoas da terceira idade, incapacitados, grávidas, crianças e doentes. Em nossa população temos muitas doenças crônicas, predominando a hipertensão arterial. Por estar situada a comunidade em região amazônica tem malária, atualmente a gente está trabalhando em conjunto com os funcionários de endemia para diminuir e erradicar no futuro essa doença em nossa comunidade. Estamos buscando ensinar as pessoas que o melhor medicamento é a prevenção do mosquito transmissor da doença, assim como também fazer conscientização de hábitos saudáveis na alimentação em usuários com doenças crônicas e toda a comunidade em geral.

As relações com a comunidade são boas, a gente faz o melhor para o atendimento e a satisfação da população, a comunicação do médico e usuário assim como com a comunidade é uma ferramenta primordial para ter como resultado boa saúde para os usuários e a população em geral. Quero falar também do atendimento das grávidas que estamos fazendo na comunidade, além de que muitas delas não ter boas posições econômicas e não tem pressuposto necessário para fazer alguns exames insistimos na importância do

atendimento da gravidez e o seguimento periódico que elas precisam. Assim como também o atendimento das crianças em geral fazendo o maior esforço nas crianças menores de um ano, onde é preciso ensinar para a mãe da criança a importância de dar o peito até os seis meses de idade assim como a alimentação certa depois dos seis meses de idade, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Minha comunidade em geral é de pessoas muito carentes e de muita pobreza, nesta região poucas vezes ou quase nunca tiveram a oportunidade de ter médico.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município São Luiz do Anauá situado na região sul do estado de Roraima tem uma população aproximada de 7.500 habitantes entre zona rural e urbana, conta com três Unidades Básicas de Saúde (UBS) uma delas situada na zona urbana e duas na zona rural, todas com equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O município tem disponibilidade do Núcleo de apoio a saúde da família (NASF) que neste caso contamos com o serviço de uma psicóloga, um educador físico e uma fisiatra. No município não contamos com o serviço de Centro de especialização odontológica (CEO); contamos com o serviço especializado de ginecologista, as consultas ocorrem uma vez por semana; também temos no município a disponibilidade de um hospital estadual onde oferece serviço somente para casos de urgência e emergência, não contamos com nenhuma especialidade para oferecer a população; tem um laboratório que a maioria do tempo não tem reativos para a realização de muitos exames; uma sala para a realização de Raio x que depois de muito tempo sem material, faz alguns dias começou a funcionar, também tem uma farmácia com a maioria da medicação para uso hospitalar e algumas variedades de medicamentos para tratamento ambulatorial dos usuários.

Com relação à realização de exames complementares em nosso município posso dizer que não se realizam em nenhuma das UBS, a disponibilidade de exames complementares para os usuários é no hospital estadual, outra opção que tem os usuários para acessar gratuitamente aos exames é pelo contrato que as vezes faz a prefeitura com um laboratório

particular que tem no município, é válido dizer que esse contrato há muito não é feito.

Nossa UBS Joao Evangelista, situada em zona rural do município São Luiz de Anauá, sua vinculação com o Sistema Único de Saúde (SUS) é através da prefeitura, este local foi construído para ser uma UBS, não está vinculada a nenhuma outra atividade. A UBS faz atendimento à população de segunda a sexta-feira, com área de abrangência definida e uma equipe ESF que está integrada por: um médico; um dentista (atendimento só as quintas-feiras); uma enfermeira; um técnico de higiene bucal (atendimento só as quintas-feiras); um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma recepcionista; um auxiliar de farmácia; um auxiliar de serviço gerais ou de limpeza e um motorista. Recebemos apoio do NASF que está composto: um psicólogo, um fisiatra, um educador físico e um ginecologista.

Quanto a estrutura física, nossa unidade está composta por uma sala de espera com capacidade para mais ou menos 15 pessoas a qual tem uma janela que permite boa iluminação natural, cadeiras adequadas para os usuários, uma mesa para recepcionista com sua cadeira, paredes internas laváveis e piso regular, antiderrapante; uma sala de reuniões destinada as atividades educativas em grupos e para reunir os ACS, assim como as reuniões para a equipe a qual tem janela que permite a iluminação natural, paredes internas laváveis, suas cadeiras, uma mesa de escritório e piso regular, antiderrapante.

Possuímos três consultórios, dois deles com sanitários, destinados ao atendimento individual de os usuários, que não são compartilhado pelos profissionais da equipe só pra trabalho do médico, enfermeiro e dentista, esses consultórios em geral tem boas condições e espaço para o atendimento dos usuários, tem janelas que permitem a iluminação natural, paredes lisas e laváveis, piso regular, antiderrapante e suas mesas e cadeiras para o atendimento; em minha UBS não tem sala de vacina; uma sala de curativo espaço destinado ao tratamento de lesões e outros procedimentos que tem janela que permite uma boa iluminação, paredes internas lisas e laváveis e piso regular, antiderrapante; uma sala de nebulização para medicação inalatória de usuários com janelas para boa iluminação, paredes internas lisas e laváveis e piso regular, antiderrapante ; uma farmácia que dispõe de mais ou menos

quatro metros quadrados, dimensão que não cumpre os requisitos conforme a descrição dos modelos propostos no biografia revisadas, além disso tem janela para boa iluminação natural, paredes lisas e laváveis assim como piso regular, antiderrapante, como falei anteriormente dos três consultórios um deles e consultório odontológico destinado a realização de procedimentos clínicos-cirúrgicos odontológicos, tem dois sanitários para usuários, separados por sexo, os quais podem ser utilizados por deficientes e dois sanitários dos funcionários separados por sexo também; em geral os banheiros tem boas condições quanto a paredes lisas e laváveis, janelas para boa iluminação natural e piso regular, uma copa/cozinha destinada ao preparo de lanches e espaço para alimentação dos funcionários que não tem janela, mas tem uma porta que permite boa iluminação natural, também e um pouco pequena mas permite cumprir seu objetivo; um depósito para material de limpeza, uma sala de esterilização e estocagem de material, tem uma sala para almoxarifado.

Além de todas as salas mencionadas minha UBS não tem sala destinada para as reuniões dos ACS, só temos uma sala que é para todo tipo de reuniões; não tem sala para recepção e descontaminação de material. Como já falei todos os locais da UBS são claros e com bastante luminosidade natural, dispõem de janelas possibilitando a circulação de ar e a ventilação adequada que é imprescindível para se manter a salubridades no ambiente de nossa unidade, só local depósito de limpeza não tem janelas disponível .As paredes são laváveis e os pisos são lisos que devem ser regular, firme, estável e antiderrapante para que não provoque trepidação em dispositivos com rodas e evitar os acidentes dos usuários e funcionários.

A estrutura de nossa unidade é só em planta baixa é não precisa de rampas de acesso, mas ainda tem que ajeitar a parte que fica na frente da UBS para permitir um melhor acesso. Essa situação da parte externa afeta aos usuários e profissionais já que como falei dificulta o acesso a unidade de saúde, por exemplo, seria bom colocar asfalto na frente da unidade para evitar a lama em tempo de chuva que é muito incomodo para todos e assim ajuda a manter a limpeza do local em geral e facilita um pouco, mas o trabalho da auxiliar de serviço geral e facilita também o acesso de pessoas idosas e incapacitados. A falta de sala de para os ACS, também afeta o trabalho, a gente só tem uma sala destinada para palestras, reuniões dos ACS e a equipe,

assim como também seria bom uma sala para recepção e desinfecção de equipamentos para esterilizar, assegurar uma atenção com mais qualidade para os usuários.

A atenção é um conjunto de ações no âmbito individual e social, o papel fundamental de toda equipe de saúde, deve ser orientado pelos princípios de universalidade, acessibilidade e equidade. É muito importante o conhecimento das atribuições dos profissionais da saúde em cada UBS. Em minha UBS os profissionais participam no processo de territorialização e mapeamento da área de abrangência, assim como na identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. Identificação de grupos e agravos, a equipe faz o possível por manter o cadastro atualizado das famílias e de indivíduos, assim como a identificação das características econômicas, culturais, sócias, demográficas e epidemiológicas do território.

Realizamos o cuidado de saúde à população adstrita na área, em vários espaços, principalmente em seu domicílio quando as condições o requerem. Nosso município tem problema temporal no transporte para levar a equipe até alguns lugares onde moram as famílias, realizamos as ações de saúde, de acordo as necessidades da população, como as palestras e atividades educativas, assim como ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos. Garantimos o atendimento à demanda espontânea e a realização das atividades programadas assim como escutar e classificar as distintas prioridades para o atendimento, neste caso, a técnica de enfermagem e a recepcionista são as pessoas encarregadas deste trabalho. Por exemplo, os casos mais prioritários como crianças com febre, pessoas com pressão arterial alta não tem que esperar, assim como também a técnica de enfermagem realiza os curativos se algum usuário precisar. Todos os aspectos falados anteriormente posso dizer que são as positivities encontradas em nossa equipe.

Dentro das dificuldades que apresenta nossa UBS, podemos destacar que não se fazem pequenas cirurgias, não temos no estoque nenhum tipo de material cirúrgico, escassamente contamos com alguma pinça e algum bisturi para retirar pontos por parte da técnica de enfermagem. Outro aspecto a sinalizar é que na UBS não se fazem procedimentos cirúrgicos por parte do dentista, assim como também não se fazem extrações dentais em caso que o

usuário precise, o mesmo tem que ser encaminhado para outro centro onde fazem esses procedimentos; uma das causas da dentista não fazer estes procedimentos, é porque não contamos na UBS com equipamento de RX; também não podemos fazer visita domiciliar aos usuários, em primeiro lugar porque não temos um carro à disposição; em segundo lugar nossa área é de difícil acesso e as residências dos moradores ficam a maioria longe, o território da UBS não é asfaltado o que resulta em um deslocamento difícil por esta região sem um veículo de boa qualidade para fazer as visitas. Outro problema, os profissionais da UBS raramente participam em atividades de qualificação para a gestão em saúde; também atividades de qualificação da atenção em saúde, quando ocorrem, não participam 100% da equipe, o coordenador da atenção básica convida só alguns dos profissionais, por exemplo, às vezes nas atividades participam os médicos e enfermeiros, não participam os técnicos de enfermagem; nas atividades que participam os ACS, não participam os médicos.

Todas essas necessidades relatadas anteriormente causam desconfortos para os usuários para equipe da UBS. Afeta de maneira direta, o trabalho de nossa equipe, pois não se pode fazer visita domiciliar por falta de um transporte disponível, pela situação geográfica do território e as distâncias que ficam as casas da UBS. Poderíamos dizer que alguns usuários doentes com critérios para fazer visita no domicílio, teriam um melhor seguimento e as vezes evitaria seu traslado até os hospitais.

Da mesma maneira afeta aos usuários que precisam de pequenos procedimentos cirúrgicos no centro, assim como também não tenha pelo menos um pequeno estoque para suturas; com esse serviço evitaríamos o traslado da população a outros centros de atendimento.

No caso da falta de nossa participação nas atividades de qualificação para a gestão em saúde e uma dificuldade que afeta nosso trabalho, pois assim impede adquirir conhecimentos precisos e que colaboremos para o bom funcionamento da UBS. No caso das atividades de qualificação da atenção para a saúde, participamos, mas a maioria das vezes não participa a equipe completa. Também tenho que sinalizar que afeta a todos pois temos que lembrar que a gente é uma equipe, devemos receber a grande maioria dos

conhecimentos, a colaboração de todos é muito importante para o bom funcionamento do estabelecimento.

As alternativas e possibilidades de enfrentamento para essas necessidades seriam dar conhecimento ao gestor de saúde do município de que, como essas dificuldades e necessidades afetam a nossa população, o bom trabalho da UBS. Falar da possibilidade da disponibilização de um veículo para suprir a maioria das necessidades da comunidade, a importância de ter um estoque de sutura para minimizar as possibilidades de traslado de usuário que assim o precise, a importância de implantar no posto um local para fazer exames de RX e facilitar o trabalho da dentista e assim permitir que pelo menos possa fazer extrações e evitar o traslado a outros locais, a importância de toda a equipe participar em as atividades de qualificação e atenção em saúde para todos terem um maior conhecimento do tema e para um melhor funcionamento da Unidade Básica de Saúde.

Minha UBS está composta somente por uma equipe de saúde para uma população de abrangência de 961 habitantes considero que o número e tamanho é adequado para população, pois o ideal é até 3000 pessoas e no máximo de 4000. A UBS se encontra dentro dos parâmetros e normas estabelecidos. Na população total temos 518 homens e 443 mulheres; entre eles seis crianças menores de um ano; 47 menores de 5 anos; 183 pessoas na idade de 5 a 14 anos; 616 pessoas entre 15 e 59 anos; 77 pessoas com 60 anos ou mais; 486 pessoas estão entre 20 e 59 anos e 601 pessoas com 20 anos ou mais.

Quero esclarecer que apesar de termos uma população com poucos habitantes a qual está dentro dos limites estabelecidos nossa área de atendimento é muito grande, os domicílios ficam muito distantes, a equipe precisa indispensavelmente de um transporte para suprir todas as necessidades de nossa população e lamentavelmente nestes momentos não contamos com esse serviço e considero que nossa prefeitura e gestor de saúde devem como principal medida priorizar essa situação para garantir uma atenção de qualidade a nossos usuários.

O acolhimento dos usuários em minha UBS é feito por toda equipe, todos formamos parte do acolhimento e é feito em todos os turnos de atendimento na UBS. Durante o período de trabalho a recepção e escuta dos

usuários é feita pela recepcionista e a técnica de enfermagem principalmente, elas escutam cada necessidade de cada usuário e a necessidade de cada um deles é feito o atendimento; por exemplo, uma criança com febre, não pode esperar a ser atendido, um usuário com pressão arterial elevadas também não pode esperar; se o usuário vai a consulta para ser atendido pelo enfermeiro é orientado e encaminhado para a consulta de enfermagem; se o atendimento é para outro serviço igualmente é orientado e encaminhado. Além do planejamento das consultas feita pela equipe sempre temos na unidade demanda espontânea de usuários e a equipe faz o possível para dar atendimento a todos.

Em nossa UBS atualmente existem muitos fatores que não permitem ter um bom seguimento das crianças até os 72 meses de idade; além disso, tenho que falar que em nossa área e que no município em geral nunca existiu seguimento de puericultura. Com as equipes de enfermagem a chegada dos médicos do programa é que se está retomando a conduta de fazer puericultura nas crianças. Por exemplo, nossa UBS tem o controle e seguimento das crianças menores de um ano e algumas crianças de 24 até 72 meses de idade, mas os agentes de saúde e a equipe em geral têm que buscar as crianças que precisam ter seguimento de puericultura para saber como vai seu peso e estatura segundo as idades delas e outros parâmetros que precisam ser verificados e monitorados. Nossa unidade está retomando fazer consultas de puericultura, quanto as crianças menores de um ano temos cadastrados seis (100%) que são o número real de crianças que fazem consulta em nossa UBS, neste caso eu fiz o cálculo do indicador pelo cadastro real que temos de menores de um ano, delas 4 (67%) tem consulta em dia, dois tem atraso na consulta agendada com mais de 7 dias, 5 (83%) delas fizeram o teste de pezinho até 7 dias de nascido, 4 (67%) delas fizeram consulta antes dos 7 dias de nascido, nenhuma tem a tiragem auditiva feita, todas tem a vacina em dia. Já as crianças de mais de um ano nossa equipe começo a fazer as consultas a pouco e ainda não existe um registro significativo do trabalho realizado.

Estamos trabalhando em função de pesquisar e incorporar todas as crianças, mas até agora não existe um monitoramento regular das ações feitas nas crianças. Dentro dos aspectos positivos em quanto a atenção da criança em nossa equipe podemos citar a boa intenção que temos o que possibilita

resgatar o seguimento mediante consultas de puericultura em nossa população. Outro aspecto positivo é que estamos fazendo o seguimento todos os dias da semana e em todos os turnos de trabalho. Dentro dos fatores que impedem um bom seguimento das crianças temos a dificuldade que tem o município e a UBS com os exames já que em muitas ocasiões que as crianças precisam fazer alguns exames o mesmo tem que ser particular e muitas mães por falta de recursos não fazem os exames indicado. A prefeitura as vezes faz um contrato com um laboratório particular mas faz já um bom tempo que isso não acontece. No hospital do município que pertence ao estado está fazendo muitos destes exames, mas com muita frequência tem déficit de reativos para fazer os exames. Outro problema que afeta muito o seguimento das crianças é a dificuldade de transporte que temos na UBS para fazer as visitas domiciliares e permitir um bom seguimento principalmente das crianças menores de um ano.

Nestes momentos estamos trabalhando na adesão da população nas ações propostas pela equipe como a importância de manter uma alimentação saudável na criança evitando a ingestão de muitos alimentos e bebidas que são prejudiciais para a saúde como refrigerantes, o excesso de doces e outros assim como também já estamos trabalhando em conjunto com a dentista na saúde bucal destas crianças. Apesar das dificuldades, nossa equipe faz a maior esforço para oferecer uma atenção à saúde de qualidade para que nossas crianças e as mães fiquem o mais satisfeito possível. Acho bom dizer também que além do trabalho que estamos fazendo a qualidade de registro não é boa e que ainda temos que nos esforçar para conseguir a incorporação de todas nossas crianças.

O planejamento das ações é feito pela equipe e pelo coordenador da atenção básica e acredito que é bom, mas o monitoramento destas tem que colocar a alguém especificamente para verificar e qualificar o desenvolvimento das mesmas que até agora não temos ninguém que faça esse trabalho mais a proposta de que a enfermeira da equipe realize esta função foi determinada pela a equipe. Em quanto as atividades de educação em saúde podemos dizer que fazemos o possível para ter uma participação da maioria dos membros da equipe, por exemplo, agora estamos tentando incorporar a participação da odontóloga e assim fazer chegar a essas mães a importância da saúde bucal

nas crianças, a forma correta de escovar. Tanto o enfermeiro como o médico da equipe são responsáveis por esclarecer as mães a importância das consultas de seu filho e para ter um melhor controle de seu desenvolvimento e como manter uma alimentação saudável e a prevenção de acidentes promovendo assim a prevenção de muitas doenças.

O atendimento pré-natal deve ser um dos programas com maior atenção por parte da equipe de saúde, mas lamentavelmente em muitas UBS, incluindo a minha, não é assim. Em minha UBS tenho certeza que ainda falta muito a fazer para ter um atendimento pré-natal como verdadeiramente necessita. Além do trabalho que estamos tentando fazer com a população e as grávidas ainda tem muitos fatores que afetam e não permitem um ótimo atendimento pré-natal. Algumas mulheres de nossa área não permitem que o enfermeiro e eu realizemos exame ginecológico por problemas de preconceito desta população, mas é bom dizer que ultimamente depois da confiança da comunidade muitas delas estão realizando deste tipo de exame clínico. A estratégia que a gente toma muitas vezes é que o exame seja feito por enfermeiras de outras UBS, e em caso de ter alguma colega doutora que faça também dito exame, essa é uma situação um pouco particular do município que ainda eu não compreendo e que em verdade afeta muito um bom exame ginecológico e de mamas para as gestantes; só fazer algum atendimento se a grávida apresenta alguma doença que assim o requeira. Além disso as grávidas em nossa UBS não têm avaliação por psicólogo, educador físico; na área não temos nutricionista para fazer uma boa avaliação das mesmas e oferecer os melhores conselhos de alimentação saudável.

O atendimento das gestantes em nossa UBS é feito em sua maioria por enfermeiro e pelo médico principalmente quando apresentam alguma doença crônica ou aguda onde é tomada uma conduta para o tratamento ou em caso que assim precise o encaminhamento correspondente para especialidades. Nós temos em nossa UBS um registro real de 11 grávidas cadastradas que atualmente fazem consulta em nossa UBS nove (82%) delas tem iniciado o pré-natal no primeiro trimestre e este mesmo número tem consultas em dia segundo o calendário do ministério. As 11 grávidas tem a vacina antitetânica e contra hepatites conforme ao protocolo e também tem a solicitação de exames preconizados na primeira consulta. Todas tem indicado o sulfato ferroso

conforme ao protocolo assim como orientações para o aleitamento materno exclusivo, só duas (18%) tem avaliação ginecológica por trimestre e 7 (64%) delas tem avaliação de saúde bucal, muitos destes fatores demonstram que temos que seguir trabalhando para melhorara nosso atendimento na mulher grávida.

Ofertamos as palestras como a importância do aleitamento materno exclusivo, os cuidados da gravidez, a importância da vacinação, a importância que tem as consultas planejadas para seu atendimento, indicação de exames correspondentes com a gravidez para permitir uma boa avaliação de seu estado de saúde, assim como a importância do tratamento indicado (sulfato ferroso) para evitar algumas doenças, a importância também de ter uma dieta balanceada e baixa de sal; temos que esclarecer que ainda temos problema com o transporte para as visitas domiciliares, fator que afeta muito um bom seguimento do pré-natal. Para o atendimento nossa equipe tem um protocolo ministerial de atendimento para as gestantes onde agendamos e programamos as consultas, também contamos com um registro específico das gestantes de nossa área. O seguimento da consulta de puerpério, não é muito bom, como falei anteriormente a situação geográfica de minha área é muito difícil, as casas ficam muito longe e como ainda temos problemas com o transporte para fazer visita domiciliar não é possível ter um bom seguimento do puerpério. Nós fazemos o possível para visitar a puérpera nos primeiros 7 dias, nessa visita a gente orienta os cuidados (já falados durante o pré-natal) que ela deve ter com a criança e com ela. Quando temos transporte disponível fazemos outras visitas, mas a maior parte do tempo isso não é possível pela situação de transporte que tem nosso município.

Durante o preenchimento do caderno de ações programáticas percebemos que das seis (100%) puérperas cadastradas que fizeram consulta nos últimos 12 meses todas elas tiveram consulta antes dos 42 dias de puerpério, suas consultas foram registradas, receberam orientações sobre o cuidado básico do recém-nascido, receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo e tiveram abdômen examinado mas nenhuma delas receberam orientações sobre planejamento familiar, nenhuma teve as mamas examinadas, nenhuma teve avaliação psicológica e nenhuma teve exame ginecológico feito. Pelas deficiências antes mencionadas posso dizer que o

atendimento pré-natal em nossa UBS ainda tem que ser melhorado pela equipe em conjunto com o gestor municipal para dar solução a maioria desses problemas.

Tenho que dizer também que pelo preconceito de nossa comunidade não é possível fazer um bom exame de mama e ginecológico na puérpera só e possível fazer o exame abdominal, até agora não foi possível fazer uma avaliação ginecológica das puérperas por um especialista e também não foi possível incorporar o seguimento por um ginecologista além de apresentar alguma patologia que assim requeira a avaliação do mesmo. Outro problema que afeta um bom seguimento das puérperas e da mulher grávida, a dificuldade que temos no município com os exames complementares em nossa UBS. Em nossa UBS não existe protocolo nem registro específico para o seguimento das puérperas, dificuldade que acredito que a equipe precisa priorizar e começar a trabalhar em solução deste problema.

Podemos citar algumas positivities do atendimento as gestantes e as puérperas como o atendimento para estes dois grupos até agora são todos os dias da semana. As gestantes da UBS têm um registro e protocolo para seu seguimento em consultas, todos os meses fazemos o possível para ter um ou dois contatos com o grupo de gestantes para dar as palestras correspondentes aproveitando o marco para ensinar e falar sobre a importância do cuidado durante sua gravidez assim como o cuidado do recém-nascido. Outro ponto positivo é que quando saem de consulta já tem agendada a próxima, e a maioria dos atendimentos de puérperas foram feitas antes dos 7 dias.

A qualidade de atenção à saúde em nossa UBS em sentido geral é boa e no caso das gestantes acho que também é boa pois as consultas têm boa qualidade, temos os registros do total de gestantes, existe planejamento das ações e fazemos o possível para que a maioria dos integrantes da equipe participem nas atividades como. Por exemplo, é de vital importância a participação do enfermeiro e médico, assim como da dentista e a fisiatra, no terceiro trimestre da gravidez. Todos em conjunto planejamos as ações assim como procurar a adesão da população em cada uma delas. Lamentavelmente tenho que dizer que com o seguimento puerperal é diferente, não existe um protocolo para o seguimento deste grupo.

Depois de fazer o preenchimento do questionário e do caderno de ações programáticas posso dizer que seguimento do câncer de útero em minha unidade não é bem feito. Em primeiro lugar não me foi possível preencher algumas questões do caderno de ações programático para câncer de colo de útero como: exames citopatológico para câncer de colo de útero em dia; exames citopatológico para câncer de colo de útero com mais de seis meses de atraso; exames cito patológico para câncer de colo de útero alterado; exames coletados com a mostra satisfatória e por último exame coletados com células representativas da junção escamo colunar. Só foi possível preencher as questões de avaliação de risco para câncer de colo de útero de 142 mulheres de um cadastro real de 187 (100%) o que constituem 76%, o mesmo percentual foi encontrado com relação as orientações de prevenção para câncer de colo de útero e orientações de prevenções de DST. As questões que não foram possíveis preencher foi porque na UBS não existe um registro das mulheres que fazem exame citopatológico para câncer de colo de útero, eles me falaram que até o mês de fevereiro esse controle era em um livro de registro específico, só que no mês de fevereiro o livro ficou cheio e até agora não trouxeram nenhum para a UBS. Além disso, nos prontuários não está registrado as mulheres com exame cito patológico alterado, segundo falou o enfermeiro, aqui no estado, quando um exame citopatológico está alterado, o laboratório que faz, fica na capital, agendam a consulta para essa mulher por lá mesmo; eu pessoalmente não sabia que funcionava assim. Também não existe um registro das amostras de exames citopatológicos satisfatórias na UBS e não existe uma pessoa designada para o controle da realização de exame cito patológico de câncer de colo de útero. Outra coisa que afeta também um pouco, muitas mulheres não querem fazer o exame com homens que o caso do enfermeiro e eu, mas é valido dizer que muitas delas já estão cooperando.

Com relação a estas deficiências encontradas eu acho que a equipe poderia, em primeiro lugar falar de imediato com o gestor de saúde para que coloque na UBS um livro de registro específico para exame cito patológico de câncer de colo de útero já que é de vital importância ter registrado cada mulher que se faz o exame. Realizar de caráter imediato uma reunião com a equipe de saúde e em particular com o enfermeiro para levar minuciosamente o seguimento de cada mulher que faz o exame citopatológico, assim como

colocar no prontuário a data de coleta da amostra e o resultado da mesma. Por meio do gestor de saúde, o coordenador da atenção básica insistir com o laboratório onde são realizados os exames citopatológicos, que no caso tenha uma mostra alterada seja informado por via telefônica para assim garantir um bom seguimento do usuário e poder ter uma boa planificação das consultas.

No caso de câncer de mama quero dizer que em minha UBS não tem controle do seguimento para as mamografias feitas pelas mulheres na idade compreendida, a gente tem identificado o grupo de mulheres (81 cadastradas na UBS) com a idade compreendida para a realização de mamografia, mas não se leva um controle do grupo, só o preenchimento no prontuário da realização de algum exame ou mamografia; por exemplo durante o preenchimento do caderno de ações programáticas foi possível identificar que em minha UBS não existe registro de mamografia em dia e mamografia em atraso com mais de três meses, só foi possível identificar que 69 (85%) usuários das 81 (100%) existentes tem avaliação de risco para câncer de mama e orientações sobre prevenção de câncer de mama. Geralmente em nossa UBS eu como médico muitas vezes é difícil para fazer o exame de mama, mas faço a indicação de mamografia assim como ultrassom para pesquisa de nódulos. Também nas palestras falamos sobre a importância do autoexame de mama e a forma correta da realização. Informamos todas as mulheres os fatores de risco para o câncer de mama assim como falamos para todas as puérperas a importância da amamentação para o bebê como um dos fatores preventivos para evitar o câncer de mama.

Além das informações e as palestras que a equipe realiza para a população, em particular as mulheres, sobre a prevenção e a importância da realização de exames para diagnosticar em tempo o câncer de mama, tenho a certeza que a equipe tem que realizar um seguimento mais adequado, principalmente das mulheres que realizam mamografia. Neste caso não foi possível preencher as questões das mulheres com mamografia em dia; as mulheres com mamografias com mais de três meses, atrasadas por falta de controle na UBS o que demonstra que temos que trabalhar nesse problema e iremos fazer uma reunião com a equipe e falar diretamente com os ACS e enfermeiro para resolver essa situação e oferecer uma atenção de mais qualidade a este grupo de mulheres.

Nestes momentos posso dizer que além das dificuldades encontradas a equipe em geral participa no planejamento e execução nas ações de saúde para prevenção de câncer de colo de útero e mama, a maioria de nós (enfermeiro, médico, técnica de enfermagem e ACS) está educando a maioria da população feminina, incentivando para fazer o autoexame de mama assim como a importância da realização do exame preventivo para câncer de colo de útero.

As doenças de caráter crônico degenerativo como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são um dos grupos que ainda precisam ter um melhor atendimento. Além de ter alguns fatores que afetam um bom seguimento e de não ter cadastrado a estimativa mostrada no caderno de ações programáticas estamos fazendo um trabalho contínuo com este grupo. A equipe acredita que o número de usuários com essas doenças é maior

Na UBS temos alguns fatores que afetam o seguimento e o bom atendimento de usuários com HAS como são a falta de transporte para as visitas domiciliares e a falta de um serviço para fazer os exames complementares pelo SUS. É válido comentar que nestes meses o abastecimento de medicação na farmácia da UBS para este grupo está bom; não temos um veículo fixo para fazer as visitas, mas sempre que precisamos visitar os usuários mais necessitados, a prefeitura coloca um carro para fazer as visitas prioritárias. Nestas visitas, nas consultas na UBS, assim como nos contatos que temos com este grupo de usuários, a equipe comenta muito da importância de ter uma alimentação saudável, a prática de exercícios físicos, a importância da realização do tratamento indicado, para ter sua doença controlada.

Em muitas consultas e visitas domiciliares realizadas, identificamos que muitos usuários ficavam descompensados por não levar o tratamento indicado adequadamente. Depois de preencher o caderno de ações programáticas para usuários com HAS podemos dizer que dos 171 (100% da estimativa) temos cadastrados 64 usuários o que significa 37% acompanhados; foi possível identificar que 64 (37%) têm realizada a estratificação risco cardiovascular por critério clínico, orientações sobre prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável; percebemos também que 48 (28%) têm os exames

complementares periódicos em dia; somente nove (5% tem atraso nas consultas agendadas em mais de 7 dias) e só 18 (11%) deles tem avaliação de saúde bucal pelo problema que temos com o atendimento do dentista, que até agora só é uma vez por semana.

Quanto aos usuários com Diabetes, trabalhamos com a estimativa, a atualização dos dados de minha área está um pouco atrasada e a quantidade de diabéticos que tem registrado na UBS está muito abaixo da estimativa. Podemos ver que de 49 diabéticos (100% da estimativa) que deveriam estar cadastrados, temos registro de 18 usuários o que significa 37%; foi possível identificar 18 deles tem a realização da estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; 16 % está com atraso nas consultas agendadas com mais de 7 dias; 24% tem exames periódicos em dia; nenhum deles tem registrado nas consultas o exames dos pés, palpação de pulsos tibial e pedioso, medida da sensibilidade nos pés nos últimos três meses; só 37% tem orientação para a realização de atividade física e alimentação saudável e por último só 7% deles tem avaliação bucal em dia.

Os fatores negativos aqui falados demonstram um seguimento inadequado deste grupo de usuários, principalmente dos diabéticos. A equipe em geral tem que se esforçar para realizar um melhor acompanhamento, assim como trabalharmos diretamente com estes usuários. Precisamos ser mais estritos na avaliação e seguimento, este grupo precisa; além das dificuldades que temos como o problema de transporte para fazer as visitas, há problema para a realização dos exames. Penso que uma medida imediata para a solução desses problemas é pelo menos a equipe fazer uma reunião imediata para cumprir com os requisitos do caderno de ação programática para assim fornecer um melhor serviço a este grupo de usuários. Também quero falar que não faltam as ações educativas para estes grupos de usuários, tentamos de um a dois contatos por mês com eles para informar a importância de uma alimentação saudável, da importância de seu seguimento em consultas e a realização do tratamento indicado para ter sua doença de base controlada, os cuidados que precisam para evitar complicações futuras de suas doenças. Durante esses encontros fazemos o possível por incorporar e ter a participação de outros integrantes da população assim como a maior parte da equipe

permitindo assim que todos compartilhemos como eles nossos conhecimentos garantindo com isso um melhor modo e estilo de vida.

Em nossa UBS há o registro de 77 usuários idosos, o que está bastante adequado à estimativa do CAP que é de 58 usuários. Nós fazemos consultas aos usuários idosos, porém não existe nenhum programa de atenção ao idoso, não existe nenhuma pessoa responsável de planejar e verificar as atividades com este grupo de pessoas. Nós como plano de nosso trabalho fazemos consultas a este grupo assim como as visitas que a gente pode fazer para oferecer uma melhor atenção. Quanto ao preenchimento do caderno de ações programáticas foi possível preencher as questões e identificar que o seguimento de idosos em nossa UBS não está bem, que é preciso rever essa situação. Podemos ver que na UBS não existe caderna de saúde da pessoa idosa, não existe avaliação multidimensional rápida; 48 (62%) têm consulta em dia, nenhum deles tem avaliação de risco para morbimortalidade, não tem investigação de indicadores de fragilização na velhice e só 14 (18%) têm avaliação de saúde bucal. Depois de eu olhar o programa e ver os requisitos que exige o Ministério da Saúde e as dificuldades que temos na UBS, parece que o atendimento a este grupo não está bem e que precisamos começar a implementar nas consultas o indicado. Vou propor o seguimento deste grupo como é devido em nossa unidade, mas preciso também falar e lembrar que a unidade tem pouco tempo de trabalho e temos algumas dificuldades que afetam um bom seguimento como é a falta de transporte, a presença permanente de uma dentista que em nosso caso só é uma vez por semana, outro fator que acho que afeta muito o bom seguimento.

Apesar da UBS não ter um protocolo de seguimento para a pessoa idosa, as ações educativas para este grupo de pessoas são planejadas e feitas pela equipe em conjunto com o coordenador da atenção básica procurando também que cada membro da equipe colabore e participe das atividades, assim como promovendo também a participação da população, principalmente os familiares dos idosos para que tenham conhecimentos dos cuidados e carinho que precisam. Quando temos a possibilidade de fazer as visitas domiciliares, aproveitamos muito esse marco para falar aos familiares a importância do cuidado destas pessoas assim como as medidas que devem

ser tomadas para evitar acidentes e evitar uma possível fratura, nesta idade resulta ser uma complicação para a vida da pessoa idosa.

A maioria das informações que vou expor neste texto foi fornecida pela odontologista que até agora está fazendo atendimento em nossa UBS uma vez por semana. Nossa UBS tem a capacidade instalada para prática clínica, em sentido geral é bastante boa, tem os equipamentos precisos para garantir o atendimento à população, em alguns momentos existe déficit de algum material de trabalho como está acontecendo nestes momentos que só se esta oferecendo serviço de limpeza bucal por falta de adesivo.

A capacidade instalada para ações coletivas se desenvolve principalmente no programa saúde na escola onde se fazem palestras e ensinam aos escolares o jeito correto de escovar, também são oferecidas palestras a alguns grupos na própria UBS. A forma de registro permitiu preencher a maioria das questões do caderno de ações programáticas.

Fazendo uma avaliação da média de procedimentos clínicos em minha UBS em relação a capacidade instalada posso dizer que neste momento não é boa, temos déficit de material para ofertar a totalidade de atendimentos.

Por estas causas no grupo de pré-escolares só se fizeram 10 atendimentos, escolares 15 atendimentos, idosos 10 atendimentos e grávidas nove atendimentos, o que demonstra que está faltando muito trabalho, para satisfazer a demanda.

Em relação ao desenvolvimento das ações coletivas nos grupos, temos que dizer que na área não tem atendimento de pré-escolares na escola da comunidade, o que dificulta alguma atividade coletiva neste grupo; no grupo de escolares temos um total de 184 escolares e até agora foram orientados 84, dos 77 idosos foram orientados em ações coletivas e mediante atendimento 24 deles e das grávidas foram atendidas e orientadas em ações coletivas nove das 11 que temos na área. Com esses resultados está demonstrado que o atendimento por ações coletivas não está bom e acredito que se deve ao principal fator de não ter atendimento odontológico todos os dias da semana como deve ocorrer.

A razão das primeiras consultas programáticas e os atendimentos não programáticas no caso dos pré-escolares, é de 50%, nos escolares 40 %, outros usuários exceto gestantes a razão é de 33%, idosos é de 40% e nas

grávidas não foi possível fazer porque não tivemos atendimentos de grávidas não programados.

No caso de minha UBS tenho total certeza que para melhorar a saúde bucal o primeiro passo é colocar uma dentista que faça atendimento completo, o que é muito difícil pela situação geográfica de nossa unidade e que não tem dentistas que queiram oferecer esse atendimento em nossa UBS. Outro fator a melhorar é garantir, por parte do gestor, que não falte material para um bom atendimento a nossos usuários, assim como também está faltando incorporar a saúde bucal em todos os programas, além do pouco tempo que tem a dentista que presta o atendimento, como enfatizar e realizar mais ações de prevenção.

Depois de ter falado em sentido geral do funcionamento de nossa UBS, assim como o funcionamento de muitos programas, acredito que temos muitos desafios a enfrentar como incorporar um protocolo para o seguimento das pessoas idosas, dos usuários com Diabetes Mellitus, das puérperas, câncer de mama, assim como ter e levar um registro o mais correto, se possível de cada um destes grupos. Além destes desafios a enfrentar, também tenho certeza que temos que reforçar ainda mais os programas que aqui realizamos, a maioria deles tem aspectos e requisitos que não se cumprem.

Para dizer verdade depois de preencher todos os questionários e os cadernos das ações programáticas eu fique surpreso com tudo, pois fiquei sabendo de todos os programas do SUS que precisam ser realizados em uma UBS, os requisitos para ter um bom seguimento da população em geral e principalmente os que pertencem a algum grupo determinado. Particularmente até agora aprendi muitas coisas que ainda não sabia por meio deste curso e posso dizer que realizamos muitas reuniões com a equipe, onde falei sobre vários temas e a forma correta de levar muitos programas e já estamos trabalhando desta forma, o enfermeiro está trabalhando na realização do registro de todos os grupos e estamos planejando em conjunto aos ACS, fazer novamente um cadastro mais real de nossa população.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Fazendo uma comparação deste texto com o texto feito na segunda semana da unidade de ambientação posso dizer que meus conhecimentos em

relação a estrutura e funcionamento da unidade foram enriquecidos enormemente. Graças as orientações e informações recebidas durante estas semanas de curso, percebi como realmente tem que ser o funcionamento de unidade de saúde no Brasil, como tem que estar estruturada e equipada para um bom funcionamento e atendimento dos usuários, ajudou a conhecer como tem que funcionar cada programa dos grupos prioritários. Em sentido geral, eu fiquei com uma visão mais ampla de como tem que ser feito cada uma das atividades na UBS, o que permite modificar e implantar as normativas requeridas para oferecer uma atenção de mais qualidade a todos nossos usuários. Posso confirmar que estas informações recebidas estão modificando a situação de minha UBS, a equipe está trabalhando para fazer cumprir cada uma delas em nossa UBS.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos e de glicose controlados conforme as características do usuário e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso para assim garantir uma vida mais saudável para os usuários (BRASIL, BRASIL a, 2013).

A população adstrita de minha UBS é de 961 usuários segundo a estimativa da Planilha de Coleta de dados e deveriam ser atendidos 146 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e 36 usuários com Diabetes Mellitus; mas, só temos cadastrados 64 usuários portadores de Hipertensão Arterial o que representa 44% da estimativa e 18 usuários portadores de Diabetes Mellitus o que representa 50% da estimativa.

Fizemos a escolha destes grupos de usuários para intervenção já que durante o preenchimento dos questionários e do caderno de ações programáticas percebi que na UBS existem grandes problemas no registro das informações, também percebi que tanto os hipertensos como os usuários com diabetes não têm o seguimento correto em consultas assim como também a qualidade de ditas consultas não se correspondem com o protocolo estabelecido pelo ministério, tem muitos aspectos a avaliar que não são avaliados nestes usuários principalmente nos diabéticos.

A equipe encontra-se bastante envolvida com a realização da intervenção e todos em sentido geral mostram interesse. Existem algumas dificuldades que podem impactar no desenvolvimento do trabalho como as longas distancias que ficam as casas dos usuários, a falta de transporte para a realização de visitas domiciliares assim como a dificuldade para a realização de exames complementares pelos usuários em nosso município. Acho que os aspectos que mais viabilizam a realização da intervenção é que nossa equipe tem disponibilidade, todos eles têm esclarecido as distintas ações que devem realizar e que a boa estrutura da nossa unidade propicia um ambiente confortável para a realização da maioria das ações programadas.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Igarapé do Lago, Santana/AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

- 1 ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos
- 2 melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes
- 3 melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes
- 4 melhorar o registro das informações
- 5 mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes
- 6 promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas:

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

- 1.1. Cadastrar 85% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

1.2. Cadastrar 85% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosa às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastrados.

Relativas ao objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade João Evangelista do município São Luiz do Anauá, estado Roraima. O trabalho será realizado com os usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área que possuem 20 ou mais anos, estima-se alcançar 124 usuários hipertensos e 31 usuários diabéticos.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

META: 1.1 Cadastrar 85% das pessoas com hipertensão no programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus da UBS.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar o número de pessoas com hipertensão cadastradas no programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela técnica de enfermagem que se encarregará do monitoramento deste grupo de usuários todas as sextas feiras de cada mês.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Garantir o registro de pessoas com hipertensão cadastradas no programa.

Detalhamento da ação:

Esta ação também será desenvolvida pela técnica de enfermagem que se encarregará de fazer o registro dos usuários com hipertensão, cadastrados no programa dando complemento todas as sextas feiras de cada mês na UBS.

Ação:

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Detalhamento da ação

Esta ação será desenvolvida principalmente pela técnica de enfermagem, recepcionista, enfermeira e pelo médico, pois em geral todos participam no acolhimento dos usuários, o complemento desta ação será em todo momento que algum usuário com HAS vier ao nosso centro procurando atendimento médico e por tanto dando prioridade já que forma parte de um dos programas da UBS.

Ação

Garantir material adequado para a tomada da medida pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.

Detalhamento da ação

Em nosso centro contamos com este tipo de material adequado para a tomada da medida da pressão arterial, para garantir o complemento desta ação a técnica de enfermagem e enfermeira serão as responsáveis pelo cuidado e monitoramento destes materiais assim como observar periodicamente se os mesmos estão em condições adequadas para a realização do trabalho.

Eixo engajamento público.

Ação

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus na UBS.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida principalmente pelos agentes comunitários de saúde, em todas as visitas domiciliares que eles realizarem assim como também será desenvolvida por cada um dos integrantes da equipe em cada uma de suas consultas realizadas a cada usuário independentemente do motivo de consulta, e assim garantir a divulgação para toda a população de abrangência sobre a existência do programa em nossa UBS.

Ação

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento da ação

Esta ação será desenvolvida principalmente pelos agentes comunitários durante as visitas realizadas a cada família assim como também pelo médico e enfermeira durante as visitas domiciliares se informará e divulgará a importância da tomada da pressão arterial a partir dos 18 anos de idade já que acho de maior importância dar esta informação durante as visitas pois todo usuário maior de 18 anos que acuda a nosso centro durante a tiragem é feita a tomada de pressão arterial independentemente de seu motivo de consulta.

Ação

Orientar a comunidade sobre a importância de rastreamento de Diabetes Mellitus em adultos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida principalmente pelo médico e enfermeira durante as distintas consultas realizadas a cada usuário independentemente do motivo de consulta onde se constatem cifras maiores de 135/80 mmHg. Também será desenvolvida pelos agentes comunitários durante suas visitas assim como também durante as visitas domiciliares do médico e enfermeiro.

Ação

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos agentes comunitários durante as visitas a cada uma das famílias, pelo médico e enfermeira durante as consultas realizadas a cada usuário independentemente do motivo de consulta fazendo maior ênfases em usuários identificados com fatores de risco. Por meio dos agentes comunitários orientaremos também a comunidade na realização das reuniões com os grupos de usuários hipertensos e diabéticos podendo assim participar outros usuários da comunidade que não possuem as doenças onde se falará também sobre os fatores de risco em palestras ministradas e preparadas pelo médico e enfermeira, com um mínimo de duas palestras por mês.

Eixo qualificação da pratica clínica.

Ação

Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico, se realizara uma reunião em nossa UBS com todos os ACS onde será realizada uma capacitação para explicar como funciona cada um dos instrumentos (planilha OMIA, planilha de coleta de dados, ficha espelho) disponível para a realização da intervenção.

Ação

Capacitar a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira onde será feita uma capacitação realizada por ambos em nossa UBS explicando as técnicas corretas para a verificação da pressão arterial principalmente em usuários maiores de 18 anos de idade, assim como os fatores que se devem ter em

conta antes de verificar a pressão arterial em um usuário como: não ter tomado café pelo menos 30 minutos antes, ter ficado pelo menos 10 minutos em repouso entre outros.

META: 1.2 Cadastrar 85% das pessoas com diabetes no programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus da UBS.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar o número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento da ação

Esta ação será desenvolvida pela técnica de enfermagem que realizará o monitoramento deste grupo de usuários todas as sextas feiras de cada mês na UBS.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Garantir o registro das pessoas com diabetes cadastradas no programa.

Detalhamento da ação.

Esta ação também será desenvolvida pela técnica de enfermagem que fará o registro dos usuários com hipertensão cadastrados no programa dando complemento todas as sextas feiras de cada mês.

Ação:

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida principalmente pela técnica de enfermagem, recepcionista, enfermeira e o médico, pois em geral todos participamos no acolhimento dos usuários, o complemento desta ação será em todo momento que algum usuário com DM acuda a nosso centro procurando

atendimento médico e por tanto dando prioridade já que forma parte de um dos programas da UBS.

Ação:

Garantir material adequado para realização de do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento da ação:

Em nosso centro contamos com este tipo de material para a realização de hemoglicoteste, para garantir o complemento desta ação a técnica de enfermagem e enfermeira serão os responsáveis pelo cuidado e monitoramento destes materiais assim como observar periodicamente que tenham as condiciones adequadas para a realização do trabalho, também será imiscuído no complemento desta ação o técnico de farmácia pois é a pessoa indicada para realizar a solicitude dos materiais precisos para realizar o hemoglicoteste.

Eixo engajamento público.

Ação:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistémica e a Diabetes Mellitus na UBS.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida principalmente pelos agentes comunitários em todas as visitas domiciliares que eles realizarem assim como também será desenvolvida por cada um dos integrantes da equipe em cada uma de suas consultas realizadas a cada usuário independentemente do motivo de consulta, e assim garantir a divulgação em toda a população de abrangência sobre a existência do programa em nossa UBS.

Ação:

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida principalmente pelos agentes comunitários durante as visitas realizadas a cada família assim como também o

médico e enfermeira durante as visitas domiciliares se informara e divulgara a importâncias da tomada da pressão arterial a partir dos 18 anos de idade já que acho de maior importância dar esta informação durante as visitas pois todo usuário maior de 18 anos que acuda a nosso centro durante a tiragem é feita a tomada de pressão arterial independentemente de seu motivo de consulta.

Ação:

Orientar a comunidade sobre a importância de rastreamento de Diabetes Mellitus em adultos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida principalmente pelo médico e enfermeira durante as distintas consultas realizadas a cada usuário independentemente do motivo de consulta onde se constatem cifras maiores de 135/80 mmHg. Também será desenvolvida pelos agentes comunitários durante suas visitas assim como também durante as visitas domiciliares do médico e enfermeiro.

Ação:

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos agentes comunitários durante as visitas a cada uma das famílias, pelo médico e enfermeiro durante as consultas realizadas a cada usuário independentemente do motivo de consulta fazendo maior ênfases em usuários identificados com fatores de risco. Por meio dos agentes comunitários orientaremos também a comunidade a realização das reuniões com os grupos de usuários hipertensos e diabéticos podendo assim participar outros usuários da comunidade que não possuem as doenças onde se falara também sobre os fatores de risco em palestras planejadas e preparadas pelo médico e enfermeira, com um mínimo de duas palestras por mês.

Eixo qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico, se realizara uma reunião em nossa UBS com todos os ACS onde se lê capacitara e se lê explicara como funciona cada um dos instrumentos (planilha OMIA, planilha de coleta de dados, ficha espelho) disponível para a realização da intervenção.

Ação:

Capacitar a equipe da UBS para a realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se realizara uma capacitação para todos os integrantes da equipe de nossa UBS onde se explicara a técnica correta para a realização do hemoglicoteste principalmente a usuários com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta: 2.1-Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão arterial.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão.

Detalhamento da ação.

Esta ação será desenvolvida pelo médico já que acredito é a pessoa mais capacitada para realizar o monitoramento da realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão arterial, o monitoramento será feito todas as sextas feiras de cada mês.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico, se encargara de distribuir para cada membro as atribuições precisas segundo o perfil e conhecimento deles, por exemplo resulta bastante fácil para os agentes comunitários testar a cifras de pressão arterial e o pulso num usuário mais não resultaria fácil e não tem o conhecimento suficiente para realizar um exame auscultatório num usuário.

Ação:

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se encargaram de organizar e realizara a capacitação a todos os membros da equipe em nossa UBS onde se explicara como funciona o protocolo para o seguimento das pessoas com diabetes e hipertensão.

Ação:

Estabelecer periodicidade para a atualização dos profissionais.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se encargaram de periodicamente atualizar a todos os profissionais da UBS pelo menos uma vez por mês aproveitando o marco das reuniões da equipe para dar as atualizações.

Ação:

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se encargaram de procurar e manter atualizada a versão do protocolo e além disso que esteia impressa na UBS para o conhecimento de todos os funcionários.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida principalmente pelos ACS em cada uma de suas visitas as famílias, assim como também será desenvolvida pelas visitas domiciliares do médico e enfermeira e em cada consulta feita individualmente a cada usuário, nas reuniões de grupo com os usuários e pela técnica de enfermagem durante o recebimento dos usuários na UBS.

Eixo qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, já que são as pessoas com maior conhecimento de exame clínico, se encargaram de organizar e capacitar os membros da equipe em quanto a realização de exame clínico apropriado, a capacitação será realizada em nosso centro.

META: 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico já que acredito é a pessoa mais capacitada para realizar o monitoramento da realização de exame clínico

apropriado das pessoas com Diabetes Mellitus, o monitoramento será feito todas as sextas feiras de cada mês.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico, se encargara de distribuir para cada membro as atribuições precisas segundo o perfil e conhecimento deles.

Ação:

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se encargaram de organizar e realizar a capacitação a todos os membros da equipe em nossa UBS onde se explicara como funciona o protocolo para o seguimento das pessoas com diabetes e hipertensão.

Ação:

Estabelecer periodicidade para a atualização dos profissionais.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se encargaram de periodicamente atualizar a todos os profissionais da UBS pelo menos uma vez por mês aproveitando o marco das reuniões da equipe para dar as atualizações.

Ação:

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se encargaram de procurar e manter atualizada a versão do protocolo e além disso que esteia impressa na UBS para o conhecimento de todos os funcionários.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida principalmente pelos ACS em cada uma de suas visitas as famílias, assim como também será desenvolvida pelas visitas domiciliares do médico e enfermeira e em cada consulta feita individualmente a cada usuário, nas reuniões de grupo com os usuários e pela técnica de enfermagem durante o recebimento dos usuários na UBS.

Eixo qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, já que são as pessoas com maior conhecimento de exame clínico, se encargaram de organizar e capacitar os membros da equipe em quanto a realização de exame clínico apropriado, a capacitação será realizada em nosso centro aproveitando o marco das reuniões da equipe todas as sextas feiras pela tarde.

META:

2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada três meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico já que acredito é a pessoa mais capacitada para realizar o monitoramento da realização de exame dos pés das pessoas com diabetes. O monitoramento será feito todas as sextas feiras de cada mês.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico, se encargara de distribuir para cada membro as atribuições precisas segundo o perfil e conhecimento deles.

Ação:

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se encargaram de organizar e realizar a capacitação a todos os membros da equipe em nossa UBS onde se explicara como funciona o protocolo para o seguimento das pessoas com diabetes e hipertensão.

Ação:

Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela técnica de enfermagem conjuntamente ao técnico de farmácia que por meio do gestor municipal devem garantir a providencia dos monofilamento 10g para realizar o exame do pé a usuários diabéticos.

Ação:

Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela secretaria e a técnica de enfermagem, se encargaram do acolhimento dos usuários diabéticos assim como a prioridade destes para seu atendimento.

Ação:

Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo enfermeiro conjuntamente ao coordenador de atenção básica e o gestor municipal de saúde, se encarregaram de fazer as coordenações pertinentes para a referência e contra-referência para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida principalmente pelos ACS em cada uma de suas visitas as famílias, assim como também será desenvolvida pelas visitas domiciliares do médico e enfermeira e em cada consulta feita individualmente a cada usuário, nas reuniões de grupo com os usuários e pela técnica de enfermagem durante o recebimento dos usuários na UBS.

Ação:

Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, já que são as pessoas com maior conhecimento de exame clínico, se encargaram de organizar e capacitar os membros da equipe em quanto a realização de exame

clínico apropriado, a capacitação será realizada em nosso centro aproveitando o marco das reuniões da equipe todas as sextas feiras pela tarde.

META: 2.4- Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar o número de pessoas com hipertensão com exames com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela técnica de enfermagem e a secretaria todas as sextas feiras de cada mês na UBS.

Ação:

Monitorar o número de pessoas com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento da ação:

Esta ação também será desenvolvida pela técnica de enfermagem e a secretaria todas as sextas feiras de cada mês na UBS.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Garantir a solicitação de exames complementares.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS em cada visita domiciliar que façam a famílias onde convivam usuários com hipertensão e diabetes, pelo médico e enfermeiro em cada visita domiciliar realizada assim como consultas a usuários com Hipertensão Arterial Sistólica e Diabetes Mellitus.

Ação:

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento da ação:

Esta tarefa será desenvolvida pelo próprio gestor municipal pois é ao mesmo tempo o secretário de saúde municipal sendo a máxima autoridade para agilizar a parceria que as vezes faz a prefeitura com o laboratório particular pois no hospital a maioria do tempo não tem reativos para a realização de exames como lipidograma, creatinina, glicose e outros exames fundamentais para o bom seguimento dos usuários com hipertensão e diabetes.

Ação:

Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico como principal responsável da intervenção onde levará um registro com todos os dados de cada usuário portador de hipertensão e/o diabetes assim como a data de indicação e realização dos exames para ter um maior controle dos usuários que se realizam os exames.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS em cada uma de suas visitas as famílias, pelo médico e enfermeira em cada consulta individual e em cada visita domiciliar que realizarem assim como também será desenvolvida pela técnica de enfermagem durante a triagem e acolhimento dos usuários.

Ação:

Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

Detalhamento da ação:

Esta ação também será desenvolvida pelos ACS em cada uma de suas visitas as famílias, pelo médico e enfermeira em cada consulta individual e em

cada visitar domiciliar que realizarem assim como também será desenvolvida pela técnica de enfermagem durante a triagem e acolhimento dos usuários.

Eixo qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para a solicitação de exames complementares.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se organizará uma capacitação para a solicitação de exames complementares segundo indica o protocolo, a capacitação de realizara em nosso centro aproveitando o marco das reuniões da equipe que se realizam as sextas feiras de cada mês na UBS.

META: 2.5- Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar o número de pessoas com diabetes com exames com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela técnica de enfermagem e a secretaria todas as sextas feiras de cada mês na UBS.

Ação:

Monitorar o número de pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento da ação:

Esta ação também será desenvolvida pela técnica de enfermagem e a secretaria todas as sextas feiras de cada mês na UBS.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Garantir a solicitação de exames complementares.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS em cada visita domiciliar que façam a famílias onde convivam usuários com hipertensão e diabetes, pelo médico e enfermeira em cada visita domiciliar realizada assim como consultas a usuários com Hipertensão Arterial Sistólica e Diabetes Mellitus.

Ação:

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento da ação:

Esta tarefa será desenvolvida pelo próprio gestor municipal pois é ao mesmo tempo o secretário de saúde municipal sendo a máxima autoridade para agilizar a parceria que as vezes faz a prefeitura com o laboratório particular pois no hospital a maioria do tempo não tem reativos para a realização de exames como lipidograma, creatinina, glicose e outros exames fundamentais para o bom seguimento dos usuários com hipertensão e diabetes.

Ação:

Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico como principal responsável da intervenção onde levará um registro com todos os dados de cada usuário portador de hipertensão e/o diabetes assim como a data de indicação e realização dos exames para ter um maior controle dos usuários que se realizam os exames.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS em cada uma de suas visitas as famílias, pelo médico e a enfermeira em cada consulta individual e em cada visitar domiciliar que realizarem assim como também será desenvolvida pela técnica de enfermagem durante a triagem e acolhimento dos usuários.

Ação:

Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

Detalhamento da ação:

Esta ação também será desenvolvida pelos ACS, em cada uma de suas visitas as famílias pelo médico e enfermeiro em cada consulta individual e em cada visitar domiciliar que realizarem assim como também será desenvolvida pela técnica de enfermagem durante a triagem e acolhimento dos usuários.

Eixo qualificação da pratica clínica.

Ação

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para a solicitação de exames complementares.

Detalhamento da ação

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se organizará uma capacitação para a solicitude de exames complementares segundo indica o protocolo, a capacitação de realizara em nosso centro aproveitando o marco das reuniões da equipe que se realizam as sextas feiras de cada mês.

META: 2.6-- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento da ação

Esta ação será desenvolvida pelo técnico de enfermagem em conjunto ao técnico de farmácia todas as sextas feiras de cada mês.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo técnico de enfermagem todas as sextas feiras de cada mês.

Ação:

Manter o registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo técnico de enfermagem em conjunto com o técnico de farmácia, atualizando o registro todas as sextas feiras de cada mês na UBS.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/ Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da ação

Esta ação será desenvolvida pelos ACS em cada uma de suas visitas a cada família, pelo médico e a enfermeira durante as visitas domiciliares e durante as consultas individuais a estes grupos de usuários, durante as reuniões com estes grupos assim como os mecanismos pertinentes para a obtenção destes medicamentos pois só levando sua documentação de identificação e uma receita prescrita pelo médico com seu nome tem o direito a obter de graça dita medicação.

Eixo qualificação da pratica clínica.

Ação:

Realizar atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira como profissionais mais preparados neste tema durante as reuniões realizadas as sextas feiras de cada mês.

Ação:

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso ao medicamento da Farmácia Popular/ Hiperdia.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela enfermeira, técnico de farmácia e médico durante as reuniões realizadas pela equipe todas as sextas feiras de cada mês.

META: 2.7- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo técnico de enfermagem em conjunto ao técnico de farmácia todas as sextas feiras de cada mês na UBS.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo técnico de enfermagem em conjunto ao técnico de enfermagem todas as sextas feiras de cada mês na UBS.

Ação:

Manter o registro das necessidades de medicamentos das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo técnico de enfermagem em conjunto com o técnico de farmácia, atualizando o registro todas as sextas feiras de cada mês.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/ Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS em cada uma de suas visitas a cada família, pelo médico e enfermeira durante as visitas domiciliares e durante as consultas individuais a estes grupos de usuários, durante as reuniões com estes grupos assim como os mecanismos pertinentes para a obtenção destes medicamentos pois só levando sua documentação de identificação e uma receita prescrita pelo médico com seu nome tem o direito a obter de graça dita medicação.

Eixo qualificação da pratica clínica.

Ação:

Realizar atualização dos profissionais no tratamento da diabetes.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira como profissionais mais preparados neste tema durante as reuniões realizadas as sextas feiras de cada mês.

Ação:

Capacitar a equipe para orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso ao medicamento da Farmácia Popular/ Hiperdia.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela enfermeira, técnico de farmácia e medico durante as reuniões realizadas pela equipe todas as sextas feiras de cada mês.

META: 2.8- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar as pessoas hipertensas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela dentista e auxiliar de dentista durante 2 horas os dias que elas prestam serviço em nosso centro, teriam apoio do médico, técnica de enfermagem e enfermeiro já que elas não brindam serviço a tempo completo em nosso centro.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Organizar ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela dentista, auxiliar de dentista, médico e enfermeiro os dias que a dentista e técnica de dentista prestam serviço em nosso centro que até agora está realizando o atendimento as quintas feiras de cada mês.

Ação:

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão, provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela dentista e auxiliar de dentista os dias que brindem serviço em nosso centro que são as quintas feiras de cada mês.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar a comunidade sobre a importância de realizara avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e de pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida principalmente pelos ACS em cada uma de suas visitas as distintas famílias, pelo médico e enfermeira em cada uma das visitas domiciliares realizadas assim como em cada uma das consultas individuais realizadas pelo médico, enfermeiro, dentista e auxiliar de dentista também.

Eixo qualificação da pratica clínica.

Ação:

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela dentista e auxiliar de dentista, prepararam uma capacitação para a equipe para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão, a capacitação será em nosso centro nos dias que elas brindam serviço que seria em uma das quintas feiras pôr o tempo de hora.

META: 2.9 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar as pessoas diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela dentista e auxiliar de dentista durante 2 horas os dias que elas prestam serviço em nosso centro, teriam apoio do médico, técnica de enfermagem e enfermeiro já que elas não brindam serviço a tempo completo em nosso centro.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Organizar ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela dentista, auxiliar de dentista, médico e enfermeira os dias que a dentista e técnica de dentista prestam serviço em nosso centro que até agora está realizando o atendimento as quintas feiras de cada mês.

Ação:

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela dentista e auxiliar de dentista os dias que brindem serviço em nosso centro que são as quintas feiras de cada mês.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar a comunidade sobre a importância de realizara avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e de pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida principalmente pelos ACS em cada uma de suas visitas as distintas famílias, pelo médico e enfermeira em cada uma das visitas domiciliares realizadas assim como em cada uma das consultas individuais realizadas pelo médico, enfermeiro, dentista e auxiliar de dentista também.

Eixo qualificação da pratica clínica.

Ação;

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação

Esta ação será desenvolvida pela dentista e auxiliar de dentista, prepararam uma capacitação para a equipe para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão, a capacitação será em nosso centro nos dias que elas brindam serviço que seria em uma das quintas feiras pôr o tempo de hora.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/o diabetes.

META: 3.1- Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela enfermeira, médico e a técnica de enfermagem todas as sextas feiras de cada mês.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS, médico, enfermeira e técnica de enfermagem todas as sextas feiras de cada mês.

Ação:

Organizar agenda para acolher as pessoas com hipertensão provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela técnica de enfermagem conjuntamente a secretaria todas as sextas feiras de cada mês.

Eixo engajamento público.

Ação:

Informara a comunidade sobre a importância da realização de consultas.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS principalmente, em cada visita domiciliar que eles façam, pelo médico e enfermeira em cada visita domiciliar realizada, assim como em cada consulta individual feita a cada usuário na UBS, a técnica de enfermagem, a secretaria aproveitaram o marco de acolhimento e triagem para explicar e informar também a importância da realização de consultas principalmente a cada usuário pertencente aos grupos de intervenção.

Ação:

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento da ação:

No caso de haver número excessivo de faltosos esta ação será desenvolvida pelos agentes comunitários, médico, enfermeira, técnica de enfermagem e secretaria pois qualquer dos integrantes pode ouvir estratégias propostas pela comunidade que beneficiaria o desenvolvimento da intervenção.

Ação:

Esclarecer as pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS durante as visitas domiciliares realizada a cada família, pelo médico e enfermeiro durante as visitas domiciliares realizadas e durante as consultas individual a cada usuário assim como também se esclarecera durante as reuniões realizadas com os grupos.

Eixo qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar os ACS para orientação de pessoas com hipertensão quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se planificara e se realizara a capacitação aos ACS abordando o tema da importância a realizar as consultas pelos usuários assim como sua periodicidade a consulta pois assim tem uma melhor atenção e seguimento em quanto a sua doença. A capacitação se realizara em nosso centro uma das sextas feiras aproveitando o marco das reuniões da equipe.

META: 3.2- Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela enfermeira, médico e a técnica de enfermagem todas as sextas feiras de cada mês na UBS.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS, médico, enfermeira e técnica de enfermagem todas as sextas feiras de cada mês.

Ação:

Organizar agenda para acolher as pessoas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela técnica de enfermagem conjuntamente a secretaria todas as sextas feiras de cada mês na UBS.

Eixo engajamento público.

Ação:

Informara a comunidade sobre a importância da realização de consultas.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS principalmente, em cada visita domiciliar que eles façam, pelo médico e enfermeira em cada visita domiciliar realizada, assim como em cada consulta individual feita a cada usuário na UBS, a técnica de enfermagem e a secretaria aproveitaram o marco de acolhimento e triagem para explicar e informar também a importância da realização de consultas principalmente a cada usuário pertencente aos grupos de intervenção.

Ação:

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento da ação:

No caso de houver número excessivo de faltosos esta ação será desenvolvida pelos agentes comunitários, medico, enfermeira, técnica de enfermagem e secretaria pois qualquer dos integrantes pode ouvir estratégias propostas pela comunidade que beneficiaria o desenvolvimento da intervenção.

Ação:

Esclarecer as pessoas com diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS durante as visitas domiciliares realizada a cada família, pelo médico e enfermeira durante as visitas domiciliares realizadas e durante as consultas individual a cada usuário assim como também se esclarecera durante as reuniões realizadas com os grupos.

Eixo qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se planejar e se realizar a capacitação aos ACS abordando o tema da importância de realizar as consultas pelos usuários assim como sua periodicidade a consulta pois assim tem uma melhor atenção e seguimento em quanto a sua doença. A capacitação se realizará em nosso centro uma das sextas-feiras aproveitando o marco das reuniões da equipe.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

META: 4.1- Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão acompanhadas na UBS.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico como maior responsável pelo projeto de intervenção na UBS.

Eixo de organização e gestão do serviço.

Ação:

Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela técnica de enfermagem e a enfermeira todas as sextas-feiras de cada mês.

Ação:

Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida principalmente pelo gestor de saúde municipal pois neste momento não temos fichas de acompanhamento e ele

será o encarregado de fazer a gestão do pedido destes documentos para ser implantado, além dele também será desenvolvida esta ação pela administradora do posto, enfermeiro e médico como principal responsável pela intervenção.

Ação:

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento da ação:

Se realizara uma reunião com todos os integrantes da equipe para realizar o registro de todas as informações as sextas feiras cada mês onde todos seremos responsáveis de fazer este registro, o principal responsável porque este registro seja realizado será o médico como principal responsável pela intervenção.

Ação:

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento da ação:

O maior responsável pelo monitoramento dos registros será o médico já que acredito que além de que os integrantes da equipe mostrem interesse pela intervenção que será realizada o médico como principal promotor e responsável do trabalho deve velar porque os registros sejam realizados corretamente e em tempo.

Ação:

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico onde se criará um sistema de registro com todos estes parâmetros a levar em cada usuário e assim ter um controle mais estrito da realização de consultas, realização de exames complementares, realização de estratificação de risco, avaliação de

comprometimento de órgãos e ao estado de compensação da doença. Este sistema de alerta será criado em um libreto com os dados de cada usuário e os parâmetros antes mencionados.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS em cada uma de suas visitas realizadas as famílias, pelo médico e enfermeira durante as visitas domiciliares realizadas e durante as consultas individuais a cada usuário, durante as reuniões dos usuários pertencentes ao grupo que se está fazendo a intervenção também se informara sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Eixo qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas hipertensas.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira onde se capacitara a toda a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas hipertensas, a capacitação será realizada em nosso centro em uma das sextas feiras aproveitando o marco das reuniões da equipe.

Ação:

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira também, será realizada em nosso centro em uma das sextas feiras aproveitando o marco das reuniões da equipe.

META: 4.2- Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico todas as sextas feiras de cada mês como maior responsável pelo projeto de intervenção na UBS.

Eixo de organização e gestão do serviço.

Ação:

Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela técnica de enfermagem e a enfermeira todas as sextas feiras de cada mês na UBS.

Ação:

Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida principalmente pelo gestor de saúde municipal pois neste momento não temos fichas de acompanhamento e ele será o encarregado de fazer a gestão do pedido destes documentos para ser implantado, além dele também será desenvolvida esta ação pela administradora do posto, enfermeiro e médico como principal responsável pela intervenção.

Ação:

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento da ação:

Se realizara uma reunião com todos os integrantes da equipe para realizar o registro de todas as informações as sextas feiras cada mês onde todos seremos responsáveis de fazer este registro, o principal responsável porque este registro seja realizado será o médico como principal responsável pela intervenção.

Ação:

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento da ação:

O maior responsável pelo monitoramento dos registros será o médico já que acredito que além de que os integrantes da equipe mostrem interesse pela intervenção que será realizada o médico como principal promotor e responsável do trabalho deve velar porque os registros sejam realizados corretamente e em tempo.

Ação:

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico onde se criará um sistema de registro com todos estes parâmetros a levar em cada usuário e assim ter um controle mais estrito da realização de consultas, realização de exames complementares, realização de estratificação de risco, avaliação de comprometimento de órgãos e ao estado de compensação da doença. Este sistema de alerta será criado em um libreto com os dados de cada usuário e os parâmetros antes mencionados.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS em cada uma de suas visitas realizadas as famílias, pelo médico e enfermeira durante as visitas domiciliares realizadas e durante as consultas individuais a cada usuário, durante as reuniões dos usuários pertencentes ao grupo que se está fazendo a intervenção também se informara sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Eixo qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas diabéticas.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira onde se capacitara a toda a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas hipertensas, a capacitação será realizada em nosso centro em uma das sextas feiras aproveitando o marco das reuniões da equipe.

Ação:

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira também, será realizada em nosso centro em uma das sextas feiras aproveitando o marco das reuniões da equipe.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular para pessoas com hipertensão e /o diabetes.

META: 5.1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar o número de pessoas com hipertensão com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco pelo

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, o monitoramento será feito todas as sextas feiras de cada mês.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão avaliadas como de alto risco.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela secretaria e a técnica de enfermagem durante o acolhimento e realização da triagem aos usuários.

Ação:

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida também pela secretaria e técnica de enfermagem durante o atendimento em consulta dos usuários, em caso de existir demanda de usuários com hipertensão organizar a agenda para dar atendimento de todos sem exceção de nenhum deles.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar aos usuários quanto a seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos agentes comunitários em cada uma de suas visitas aos usuários, será desenvolvida também pelo médico e

enfermeira durante as visitas domiciliares, consultas individuais e reuniões com usuários hipertensos.

Ação:

Esclarecer as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como a alimentação).

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS em cada uma de suas visitas domiciliares as distintas famílias, pelo médico e enfermeira durante as visitas domiciliares, consultas individuais e reuniões de grupos com os usuários, assim como pela técnica de enfermagem e secretaria durante o acolhimento e a realização da triagem aos usuários.

Eixo qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar a equipe para realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico onde se capacitara e se explicara a equipe de saúde sobre os distintos parâmetros que devem ter em conta para realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham assim como as distintas pontuações que se deve dar segundo os parâmetros (diabetes, tabaquismo, pressão arterial média, idade) e os resultados encontrados nos exames complementares indicados (colesterol HDL e LDL). A capacitação será realizada em nossa UBS uma das sextas feiras aproveitando o marco das reuniões da equipe.

Ação:

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento da ação:

Esta capacitação será desenvolvida pelo médico em nossa UBS uma das sextas feiras aproveitando o marco das reuniões onde se explicara a importância da realização desta avaliação pois com ela nos permite colocar ao

usuário já seja em nível baixo, médio ou alto e segundo o risco podemos tomar distintas condutas com os usuários como encaminhamentos para especialidades que eles requeiram ou para colocar determinados tratamentos.

Ação:

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento da ação:

Esta capacitação será desenvolvida pela enfermeira, médico conjuntamente com o educador físico que pertence ao NASF do qual pediremos seu apoio para desenvolver esta ação, onde se explicará aos membros da equipe sobre as distintas estratégias para modificar fatores de riscos modificáveis como a alimentação, sobrepeso e obesidade, tabagismo entre outros. A capacitação será desenvolvida em nossa UBS uma das sextas feiras aproveitando o marco das reuniões da equipe.

META: 5.2- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar o número de pessoas com diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco pelo ano.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, o monitoramento será feito todas as sextas feiras de cada mês na UBS.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Priorizar o atendimento das pessoas com diabetes avaliadas como de alto risco.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela secretaria e a técnica de enfermagem durante o acolhimento e realização da triagem aos usuários.

Ação:

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida também pela secretaria e técnica de enfermagem durante o atendimento em consulta dos usuários, em caso de existir demanda de usuários com diabetes organizar a agenda para dar atendimento de todos sem exceção de nenhum deles.

Eixo engajamento público.

Ação;

Orientar aos usuários quanto a seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos agentes comunitários em cada uma de suas visitas aos usuários, será desenvolvida também pelo médico e enfermeira durante as visitas domiciliares, consultas individuais e reuniões com usuários diabéticos.

Ação:

Esclarecer as pessoas com diabetes e a comunidade quanto a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como a alimentação).

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS em cada uma de suas visitas domiciliares as distintas famílias, pelo médico e enfermeira durante as visitas domiciliares, consultas individuais e reuniões de grupos com os usuários, assim como pela técnica de enfermagem e secretaria durante o acolhimento e a realização da triagem aos usuários.

Eixo qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar a equipe para realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico onde se capacitara e se explicara a equipe de saúde sobre os distintos parâmetros que devem ter em conta para realizara a estratificação de risco segundo o escore de Framingham assim como as distintas pontuações que se deve dar segundo os parâmetros (diabetes, tabaquismo, pressão arterial media, idade) e os resultados encontrados nos exames complementares indicados (colesterol HDL e LDL). A capacitação será realizada em nossa UBS uma das sextas feiras aproveitando o marco das reuniões da equipe.

Ação:

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento da ação:

Esta capacitação será desenvolvida pelo médico em nossa UBS uma das sextas feiras aproveitando o marco das reuniões onde se explicara a importância da realização desta avaliação pois com ela nos permite colocar ao usuário já seja em nível baixo, médio ou alto e segundo o risco podemos tomar distintas condutas com os usuários como encaminhamentos para especialidades que eles requeiram ou para colocar determinados tratamentos.

Ação:

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento da ação:

Esta capacitação será desenvolvida pela enfermeira, médico conjuntamente com o educador físico que pertence ao NASF do qual pediremos seu apoio para desenvolver esta ação, onde se explicará aos membros da equipe sobre as distintas estratégias para modificar fatores de riscos modicáveis como a alimentação, sobrepeso e obesidade, tabagismo entre outros. A capacitação será desenvolvida em nossa UBS uma das sextas feiras aproveitando o marco das reuniões da equipe.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

META: 6.1- Garantir orientação nutricional ao 100% das pessoas com hipertensão.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar a realização de orientações nutricionais as pessoas com hipertensão.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, onde se monitorará a realização de orientações nutricionais pelos ACS durante as visitas domiciliares, pela técnica de enfermagem e pelo próprio médico e enfermeiro.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Organizar praticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida principalmente pelo médico e enfermeira já que em nossa área não contamos com nutricionista para realizar esta ação pois seria a pessoa ideal para dar os melhores conselhos aos usuários sobre alimentação saudável, se organizaram praticas coletivas com os usuários hipertensos em nossa UBS, a organização e os recursos necessário para o desenvolvimento desta ação será responsabilidade também do gestor de saúde municipal pelo que também formara parte da realização desta ação.

Ação:

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida totalmente pelo gestor de saúde municipal que em nosso caso o mesmo secretário de saúde, pois ele é quem tem toda a responsabilidade e facilidade para poder contratar um nutricionista para brindar uma vida mais saudável a nossos usuários.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar a pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS em cada uma de suas visitas aos usuários hipertensos e familiares, pelo médico e enfermeira durante as visitas domiciliares este grupo de usuários, nas consultas de atendimento individual realizadas a cada um deles assim como durante as reuniões de grupos com os hipertensos.

Eixo qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar a equipe sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira já que em nossa área não contamos com nutricionista como principal capacitado no tema, a capacitação será em nosso centro uma das sextas feiras de cada mês aproveitando o marco das reuniões da equipe e assim falar e transmitir nossos conhecimentos sobre práticas de alimentação saudável a nossos colegas.

Ação:

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira em nossa UBS, realizaram uma previa preparação individual sobre metodologias de educação em saúde no Brasil e logo se capacitara a equipe de saúde no tema, a capacitação se realizará em uma das sextas feiras onde se realizam as reuniões da equipe.

META: 6.2 - Garantir orientação nutricional ao 100% das pessoas com diabetes.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se monitorará a realização de orientação nutricional aos hipertensos durante as consultas realizadas assim como durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, enfermeiro e o próprio médico, deve existir constância no prontuário de cada usuário a orientação nutricional realizada.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida principalmente pelo médico e enfermeira já que em nossa área não contamos com nutricionista para realizar esta ação pois seria a pessoa ideal para dar os melhores conselhos aos usuários sobre alimentação saudável, se organizaram praticas coletivas com os usuários diabetes em nossa UBS, a organização e os recursos necessário para o desenvolvimento desta ação será responsabilidade também do gestor de saúde municipal pelo que também formara parte da realização desta ação.

Ação:

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida totalmente pelo gestor de saúde municipal que em nosso caso o mesmo secretário de saúde, pois ele é quem tem toda a responsabilidade e facilidade para poder contratar um nutricionista para brindar uma vida mais saudável a nossos usuários.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar a pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS em cada uma de suas visitas aos usuários diabetes e familiares, pelo médico e enfermeiro durante as visitas domiciliares este grupo de usuários, nas consultas de atendimento individual realizadas a cada um deles assim como durante as reuniões de grupos com os diabetes.

Eixo qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar a equipe sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira já que em nossa área não contamos com nutricionista como principal capacitado no tema, a capacitação será em nosso centro uma das sextas feiras de cada mês aproveitando o marco das reuniões da equipe e assim falar e transmitir nossos conhecimentos sobre práticas de alimentação saudável a nossos colegas.

Ação:

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira em nossa UBS, realizaram uma previa preparação individual sobre metodologias de educação em saúde no Brasil e logo se capacitara a equipe de saúde no tema, a capacitação se realizará em uma das sextas feiras onde se realizam as reuniões da equipe.

META: 6.3- Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar a realização de orientação de atividade física regular as pessoas com hipertensão.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se monitorará a realização de orientação de atividade física regular aos hipertensos durante as consultas realizadas assim como durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, enfermeiro e o próprio médico, deve existir constância no prontuário de cada usuário as orientações de a realização de atividade física regular.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Organizar praticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo educador físico de nossa área pertencente ao NASF conjuntamente ao gestor de saúde municipal quem se encargaram de planejar e garantir os recursos e locais para a realização das atividades.

Ação:

Demandar junto ao gestor de saúde parcerias institucionais para envolver a educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo gestor de saúde e medico onde se envolvera ao educador físico do NASF nestas atividades.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS em cada uma de suas visitas aos usuários com hipertensão assim como a seus familiares, pelo médico e

enfermeira em cada uma de suas visitas domiciliares e nas consultas individuais a cada usuário assim como nas reuniões de grupo com os usuários hipertensos.

Eixo qualificação da pratica clínica.

Ação:

Capacitar a equipe sobre a promoção da pratica de atividade física regular.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo educador físico do NASF, a capacitação será realizada em nossa UBS uma das sextas feiras aproveitando o marco das reuniões da equipe.

Ação:

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da ação:

Esta ação também será desenvolvida pelo educador físico do NASF, a capacitação será realizada também a mesma sexta feira que se realizara a capacitação antes mencionada aproveitando o marco da reunião da equipe.

META: 6.4- Garantir orientação em relação a pratica regular de atividade física á 100% das pessoas com diabetes.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar a realização de orientação de atividade física regular as pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se monitorará a realização de orientação de atividade física regular aos diabéticos durante as consultas realizadas assim como durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, enfermeiro e o próprio médico, deve existir constância no prontuário de cada usuário as orientações de a realização de atividade física regular.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Organizar praticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo educador físico de nossa área pertencente ao NASF conjuntamente ao gestor de saúde municipal quem se encargaram de planejar e garantir os recursos e locais para a realização das atividades.

Ação:

Demandar junto ao gestor de saúde parcerias institucionais para envolver a educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo gestor de saúde e medico onde se envolvera ao educador físico do NAFS nestas atividades.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da diabetes.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS em cada uma de suas visitas aos usuários com diabetes assim como a seus familiares, pelo médico e enfermeiro em cada uma de suas visitas domiciliares e nas consultas individuais a cada usuário assim como nas reuniões de grupo com os usuários diabéticos.

Eixo qualificação da pratica clínica.

Ação

Capacitar a equipe sobre a promoção da pratica de atividade física regular.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo educador físico do NASF, a capacitação será realizada em nossa UBS uma das sextas feiras aproveitando o marco das reuniões da equipe.

Ação:

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da ação:

Esta ação também será desenvolvida pelo educador físico do NASF, a capacitação será realizada também a mesma sexta feira que se realizara a capacitação antes mencionada aproveitando o marco da reunião da equipe.

META: 6.5- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo ao 100% das pessoas com hipertensão.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se monitorará a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos durante as consultas realizadas assim como durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, enfermeiro e o médico, deve existir constância no prontuário de cada usuário sobre as orientações dos riscos do tabagismo.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico onde se informara a adesão da UBS ao Programa Nacional de Controle ao gestor de saúde, e bom esclarecer que eu como médico durante as consultas com usuários fumadores

os encorajo para erradicar o tabagismo e também pelo NASF temos uma psicóloga que os usuários fumadores com bondade de deixar o tabagismo som encaminhados para a consulta com a psicóloga.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar as pessoas com hipertensão tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS durante as visitas domiciliares aos usuários hipertensos tabagistas, será desenvolvida também pelo médico e enfermeira durante as consultas individuais e visitas domiciliares realizadas a este grupo de usuários. Durante as reuniões com o grupo de usuários também se falara sobre a existência da consulta com a psicóloga e a possibilidade de acessibilidade que eles têm para se consultar e como ajudaria a erradicar o tabagismo.

Eixo qualificação da pratica clínica.

Ação:

Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico, enfermeira conjuntamente a psicóloga, a capacitação se realizara em nosso centro uma das sextas feiras onde som realizadas as reuniões da equipe. Além de falar do tratamento para pessoas tabagistas também falaremos da construção que está sendo realizada nestes momentos no município do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) que forma parte do Programa Nacional do Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Ação:

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico, enfermeira conjuntamente a psicóloga em nossa UBS uma das sextas feiras aproveitando o marco das reuniões da equipe.

META: 6.6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo ao 100% das pessoas com hipertensão.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira, se monitorará a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos durante as consultas realizadas assim como durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, enfermeiro e o médico, deve existir constância no prontuário de cada usuário sobre as orientações dos riscos do tabagismo.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico onde se informara a adesão da UBS ao Programa Nacional de Controle ao gestor de saúde, e bom esclarecer que eu como médico durante as consultas com usuários fumadores os encorajo para erradicar o tabagismo e também pelo NASF temos uma psicóloga que os usuários fumadores com bondade de deixar o tabagismo som encaminhados para a consulta com a psicóloga.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar as pessoas com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos ACS durante as visitas domiciliares aos usuários hipertensos tabagistas, será desenvolvida também pelo médico e enfermeira durante as consultas individuais e visitas domiciliares realizadas a este grupo de usuários. Durante as reuniões com o grupo de usuários também se falara sobre a existência da consulta com a psicóloga e a possibilidade de acessibilidade que eles têm para se consultar e como ajudaria a erradicar o tabagismo.

Eixo qualificação da pratica clínica.

Ação:

Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico, enfermeira conjuntamente a psicóloga, a capacitação se realizara em nosso centro uma das sextas feiras onde som realizadas as reuniões da equipe. Além de falar do tratamento para pessoas tabagistas também falaremos da construção que está sendo realizada nestes momentos no município do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) que forma parte do Programa Nacional do Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Ação:

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico, enfermeira conjuntamente a psicóloga em nossa UBS uma das sextas feiras aproveitando o marco das reuniões da equipe.

META: 6.7- Garantir orientação sobre higiene bucal ao 100% das pessoas com hipertensão.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico, enfermeira e a dentista os dias que ela brinda serviço em nosso centro. O monitoramento será realizado aos ACS durante as visitas domiciliares assim como também durante as consultas individuais a cada usuário, devesse ficar constância no prontuário da orientação sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Organizar tempo médio de consulta com a finalidade de garantir as orientações em nível individual.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela dentista e auxiliar de dentista onde organizaram seu tempo médio de consulta a não menos de 20 minutos por usuário pois devo lembrar que as consultas de dentista em meu centro som só uma vez por semana pelo que para garantir a atenção da população e dos distintos grupos, entre eles o grupo de hipertensos, em dependência na necessidade do usuário o tempo não pode ser muito longo e também não pode ser muito curto para garantir as orientações em nível individual.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar as pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos agentes comunitários em cada uma das visitas realizadas aos usuários hipertensos e familiares, pelo médico e enfermeira durante as visitas realizadas e durante as consultas individuais a cada usuário, pela auxiliar de dentista e pela dentista durante o dia de

atendimento em nosso centro nas consultas realizadas a cada usuário com hipertensão.

Eixo qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela dentista e auxiliar de dentista em um dos dias que oferecem atendimento em nosso centro, será destinada 30 minutos de uma das quintas feiras que é oferecido o serviço para capacitar a equipe sobre orientações de higiene bucal.

META: 6.8- Garantir orientação sobre higiene bucal ao 100% das pessoas com diabetes.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelo médico, enfermeiro e a dentista os dias que ela brinda serviço em nosso centro. O monitoramento será realizado aos ACS durante as visitas domiciliares assim como também durante as consultas individuais a cada usuário, deverá ficar constância no prontuário da orientação sobre higiene bucal as pessoas com diabetes.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ação:

Organizar tempo médio de consulta com a finalidade de garantir as orientações em nível individual.

Detalhamento da ação;

Esta ação será desenvolvida pela dentista e auxiliar de dentista onde organizaram seu tempo médio de consulta a não menos de 20 minutos por usuário pois devo lembrar que as consultas de dentista em meu centro são só uma vez por semana pelo que para garantir a atenção da população e dos

distintos grupos, entre eles o grupo de diabéticos, em dependência na necessidade do usuário o tempo não pode ser muito longo e também não pode ser muito curto para garantir as orientações em nível individual.

Eixo engajamento público.

Ação:

Orientar as pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pelos agentes comunitários em cada uma das visitas realizadas aos usuários diabéticos e familiares, pelo médico e enfermeira durante as visitas realizadas e durante as consultas individuais a cada usuário, pela auxiliar de dentista e pela dentista durante o dia de atendimento em nosso centro nas consultas realizadas a cada usuário com diabetes.

Eixo qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento da ação:

Esta ação será desenvolvida pela dentista e auxiliar de dentista em um dos dias que oferecem atendimento em nosso centro, será destinada 30 minutos de uma das quintas feiras que é oferecido o serviço para capacitar a equipe sobre orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

Meta 1.1: Cadastrar 85% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador: 1.1. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 85% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador: 1.2. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2. Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3 Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8. Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1. Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e a pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 5.2. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre nutricional.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.7. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção com o grupo de pessoas com Hipertensão Arterial Sistólica e/ou Diabetes Mellitus, vamos adotar o Manual técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde, 2013 e o Manual Técnico de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos a ficha espelho de hipertensão e diabetes disponibilizada pelo curso e a ficha complementar elaborada pelo médico e enfermeira pois a ficha espelho disponibilizada pelo curso não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal. Estimamos alcançar com a intervenção 124 hipertensos e 31 diabéticos, estimativa realizada pela planilha de coleta de dados. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de 180 fichas espelho, necessárias para hipertensos e diabéticos respectivamente, imprimir 180 fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, à medida que os hipertensos e diabéticos venham a consulta para atendimento clínico será preenchido a ficha espelho em uso na intervenção pelo médico e enfermeiro durante as consultas realizadas. A ficha espelho será completada pela enfermeira com base nos registros existentes no prontuário de hipertensos e diabéticos e no sistema de registro de vacinas da Unidade básica de Saúde.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. A partir da definição do foco começamos a realizar reuniões semanais para conversar sobre o manual técnico de Hipertensão Arterial Sistólica e Diabetes Mellitus que será utilizado durante a intervenção. Estas reuniões de capacitação da equipe estão

ocorrendo semanalmente na própria UBS, nas 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Esta atividade ocorrerá ao longo de toda a intervenção mantendo o espaço para esclarecer dúvidas relativas ao projeto de intervenção.

O acolhimento aos usuários com hipertensão e diabetes que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem e pela secretaria. Usuários com pressão alta ou sintomas sugestivos de diabetes ou hipertensão serão atendidos no mesmo turno para ampliar o cadastro de usuários com hipertensão e/ou diabetes. Hipertensos e diabéticos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento das intercorrências da hipertensão e/ou diabetes. Usuários com hipertensão e/ou diabetes que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 3 dias. Os usuários com hipertensão e/ou diabetes que vierem a consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

A primeira sexta feira o médico e enfermeira farão contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas três igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das consultas de usuários com hipertensão e/ou diabetes. Durante as visitas domiciliares, consultas e reuniões realizadas com os distintos grupos o médico, enfermeira e agentes de saúde solicitarão apoio da comunidade no sentido de ampliar o cadastro e registro e de esclarecerão a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho dos hipertensos e/ou diabéticos identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. Os agentes comunitários farão busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos em atraso, estima-se de 5 hipertensos por semana totalizando 20 por mês e de 1 usuário diabéticos por semana e alguma semana do mês seriam 2 usuários o que seriam 4 ou 5 por mês mais ou menos. Ao fazer a busca o ACS já agendará o hipertenso e/ou diabético para uma consulta de sua conveniência. Os atendimentos clínicos a usuários hipertensos e diabéticos será realizado pelo médico e enfermeira a medida que foram chegando á UBS todos os dias da

semana, e as reuniões e palestras com os grupos de diabéticos e hipertensos serão realizadas de 15 em 15 dias em nossa UBS as sextas feiras.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Hipertensão Arterial Sistólica e Diabetes mellitus.	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	x											
Cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos na área adstrita do programa.	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de hipertensão e/ou diabetes solicitando apoio para o cadastro e registro de hipertensos e diabéticos e para as demais estratégias que serão implantadas.	x											
Atendimento clínico de hipertensos e/ou diabéticos.	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x
Grupo de hipertensos e/ou diabéticos.			x			x			x			x
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos.	x											
Busca ativa de usuários hipertenso e diabéticos faltosos a consultas.	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	X
Monitoramento da intervenção.	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	X

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante todo o processo de intervenção as ações aconteceram em sua grande maioria como planejado. A capacitação a todos os integrantes da equipe, conforme o protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, planejada para a primeira semana da intervenção foi realizada com sucesso e sem nenhuma dificuldade, logo durante o processo de intervenção todas as sextas-feiras de cada mês, aproveitamos o marco das reuniões da equipe para falar sobre atualizações destas doenças que estava sendo desenvolvido nosso processo de intervenção. Durante a capacitação, definimos o papel de cada profissional na ação programática e dos agentes comunitários, para a realização de busca ativa de usuários hipertensos e/ou diabéticos, principalmente por meio das visitas às distintas famílias pelos ACS, pelo médico e a enfermeira nos dias correspondentes às visitas domiciliares da semana.

Para viabilizar a busca ativa foi realizado o contato prévio com a secretaria de saúde e a prefeitura, as quais disponibilizaram para o processo de intervenção, 12 litros de combustível para cada ACS utilizar no transporte e conseguir visitar os usuários. Isto se deve a dificuldade de nosso terreno e a longa distância que ficam as residências na nossa área de abrangência. Por parte da secretaria também foram fornecidas as distintas ferramentas necessárias para o processo de intervenção como as folhas necessárias para as fichas espelho de cada usuário esfigmomanômetros e glicômetros. Tudo isto foi através do contato mantido com o gestor de saúde para garantir uma intervenção de qualidade.

Para ter uma maior participação de nossa comunidade e em especial de nossos usuários com hipertensão e/ou diabetes, nossa equipe fez contato com as principais lideranças de nossa população para receber apoio na divulgação do

importante processo de intervenção que estava sendo desenvolvido em nossa UBS. A divulgação de nossa intervenção também foi realizada em nossa UBS pelos distintos funcionários e por meio dos murais de informação, assim como também foram realizadas as reuniões com os grupos de usuários neste próprio local.

O cadastro dos usuários hipertensos e/ou diabéticos foi realizado pela técnica de enfermagem e a secretária da equipe até a semana oito da intervenção. A partir da semana nove tomamos a decisão que o cadastro seria realizado pelo médico e a enfermeira, para melhor controle dos usuários, na realização dos exames complementares, avaliação de risco cardiovascular e avaliação odontológica, ações estas que apresentavam os indicadores mais baixos e assim trabalhar dia a dia com estas dificuldades e não ter que esperar até a sexta-feira para avaliar e monitorar a intervenção. O atendimento clínico aos usuários hipertensos e/ou diabéticos foi realizado pelo médico e a enfermeira conforme planejado, durante todo o processo da intervenção. A busca ativa de usuários com hipertensão e/ou diabetes foi realizada em sua grande maioria, pelos agentes comunitários de saúde, pois tivemos dificuldades de transporte disponível para realizar visitas domiciliares em algumas semanas o que dificultou ocasionalmente a busca pelo médico e a enfermeira. O monitoramento da intervenção foi realizado sem nenhuma dificuldade. No início da intervenção foi necessário mudar o dia de realização de algumas ações em específico, mais as mesmas foram desenvolvidas segundo o planejado. Como exemplo o primeiro encontro com o grupo de hipertensos e/ou diabéticos, planejado para a terceira semana de intervenção, não foi possível devido ao pequeno número de participantes. Logo remarcamos o encontro para próxima semana e assim, como também as demais reuniões com o grupo, foram realizadas segundo o planejado. Aproveitamos estes encontros para palestrar sobre a Hipertensão e Diabetes, enfatizando sobre a importância de ter uma vida mais saudável, que é possível tendo uma dieta adequada pobre em gorduras, carboidratos e sal sendo rica em verduras e frutas; a importância da realização de exercícios físicos, onde tivemos o apoio do educador físico do município. Para esta atividade física, os usuários foram convidados a participar nos distintos grupos, uma vez por semana.

Na semana número dez da intervenção, foi realizada uma divulgação por parte de todos os membros da equipe sobre consultas de urologia que seriam realizadas no município, assim como também exames de antígeno de superfície

prostático e ultrassom de próstata, onde também foram convidados, todos os homens com hipertensão e/ou diabetes. Mesmo que estas pesquisas de câncer de próstata não estejam dentro das atividades a realizar durante o processo de intervenção, consideramos válido fazer menção sobre a realização da mesma.

Depois de concluir nossa intervenção podemos ver que o envolvimento da equipe foi fundamental, as principais dificuldades encontradas durante o processo de intervenção e que ainda enfrentamos são as dificuldades geográficas de nossa área, as casas dos usuários ficam distante, a região não é asfaltada, em algumas semanas a equipe ficou sem a disponibilidade de transporte para a realização de visitas domiciliares e para fazer a busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos. Neste caso, o médico e a enfermeira foram os mais afetados, os agentes comunitários de saúde realizam seu trabalho com seu próprio meio de transporte (motos). A participação e o envolvimento dos ACS na intervenção foram de fundamental importância para maior busca e cadastro dos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus.

Uma importante dificuldade é a situação geográfica de nossa área pela distância do centro do município; muitos usuários tiveram dificuldade na realização dos exames complementares indicados, prejudicando os resultados dos indicadores. Um dos indicadores mais afetado, durante o processo da intervenção, foi avaliação de risco cardiovascular, por depender em parte, da realização de exames complementares como o colesterol. Depois da exaustiva insistência da equipe sobre a importância da realização dos exames complementares, foi possível a grande maioria realizar todos os exames indicados, ficando somente um usuário sem realizar, devido a dificuldade mencionada.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas integralmente durante todo o processo da intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante todo o processo da intervenção não houve dificuldade com a coleta e sistematização dos dados, nem com o fechamento das planilhas, assim como também não existiu dificuldade com o cálculo dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas no projeto de intervenção estão sendo incorporadas à rotina do serviço. O cadastramento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes já estão incorporada a nossa rotina de atendimento, o preenchimento da ficha espelho e o correto exame clínico. A avaliação odontológica e atendimento clínico são agendados para o dia de atendimento com a dentista; as orientações nutricionais, contra o tabagismo, a realização de exercícios físicos formam parte do atendimento realizado a estes grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes. Também atividades como a busca ativa de usuários hipertensos e/ou diabéticos está incorporada à rotina do serviço da UBS, mais é bom dizer que em nosso município deve melhorar a disponibilidade de transporte para a realização de visitas domiciliares e assim a busca ativa destes usuários. Os encontros com os grupos de usuários diabéticos e hipertensos também está fazendo parte da rotina de nossa UBS, está implantado ter pelo menos um encontro por mês.

A capacitação aos integrantes da equipe em cada reunião realizada está incorporada também a nossa rotina. Acredito que podem ser realizadas capacitações sobre outros programas, uma vez terminada a intervenção, como também acredito que cada uma destas atividades, que hoje formam parte de nossa rotina, deve continuar como plano de trabalho.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS João Evangelista, situada na zona rural do município São Luiz do Anauá/ RR. A população adstrita da área de abrangência da UBS é de 961 usuários, segundo a estimativa da Planilha de Coleta de dados são 146 usuários com HAS e 36 usuários com DM. Na UBS existia um registro de 64 usuários portadores de HAS o que representava 44% da estimativa e 18 usuários portadores de DM, o que representava 50% da estimativa. Durante o preenchimento do caderno de ações programáticas para estes grupos, identificamos que a realidade na UBS, não correspondia com o estudo feito no Brasil para estimativa destes usuários. Além disto, os registros de cadastro de nossa área estavam desatualizados, a qualidade das consultas e muitos parâmetros não eram cumpridos como estabelecia o protocolo; tomamos a decisão de fazer a intervenção nestes grupos de usuários fazendo um novo cadastro, melhorando assim a qualidade das consultas e cumprir com os objetivos, as metas e os indicadores previstos durante o processo da intervenção.

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

Meta 1.1: Cadastrar 85% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Segundo a estimativa da planilha de coleta de dados, para população de nossa área, o número de pessoas com hipertensão deve ser 146, por tanto, para cadastrar 85% deveríamos cadastrar um total de 124 usuários para cumprir com a meta proposta. Durante o trabalho desenvolvido pelos ACS, médico e enfermeira no primeiro mês de intervenção foi possível cadastrar 39 usuários com HAS; no

segundo mês o cadastro de mais 40 usuários, chegando assim a 79 usuários, 54,1% da meta proposta. No terceiro mês da intervenção foi possível cadastrar mais 47 usuários com HAS, 126 usuários cadastrados no final da intervenção, o que representa 86,3% da população com HAS em nossa área.

Esta ação de cadastro aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica foi desenvolvida até a semana oito pela técnica de enfermagem e a secretária da UBS sendo supervisionada a ação pelo médico e a enfermeira às sextas-feiras de cada semana. A partir da semana número nove, por decisão minha e para ter um maior controle dos usuários todos os dias da semana, decidimos fazer o cadastro dos usuários pessoalmente e assim verificar ações e indicadores para cada um deles, a cada dia da semana e trabalhar sobre as dificuldades para resolver cada uma destas; esta decisão foi consultada com a equipe e todos os integrantes apoiaram a proposta. Apesar do cadastramento de usuários realizado maravilhosamente pela técnica de enfermagem e a secretária da UBS, minha decisão de realizar esta ação, a partir da semana nove, foi desenvolvida em sentido geral sem nenhum tipo de problema e o resultado final demonstrou o êxito do cumprimento desta meta.

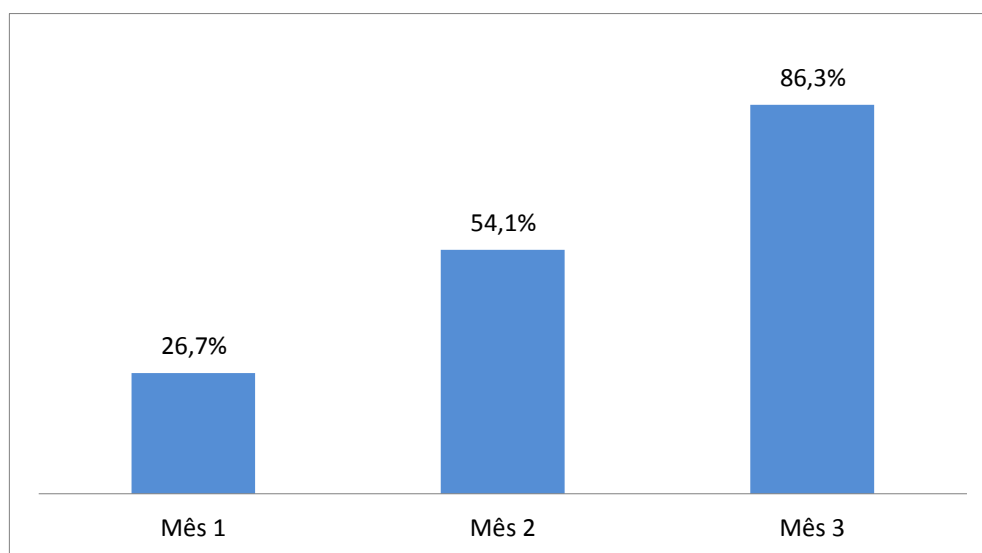


Figura 1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS João Evangelista, São Luiz do Anauá/RR.

Meta 1.2. Cadastrar 85% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS

Indicador 1.2. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Segundo a estimativa da planilha de coleta de dados, para a população de nossa área, o número de pessoas com diabetes deve ser 36 usuários, por tanto, para cadastrar 85% deveríamos cadastrar um total de 30 usuários para cumprir com a meta proposta. Durante o trabalho desenvolvido pelos ACS, médico e enfermeira, no primeiro mês de intervenção, foi possível cadastrar 13 usuários com Diabetes Mellitus; no segundo mês foi possível fazer o cadastro de mais 10 usuários, chegando assim aos 23 usuários (63,9%). No terceiro mês da intervenção foi possível cadastrar mais nove usuários, que junto aos 23 cadastrados nos dois meses anteriores somaram 32 usuários cadastrados no final da intervenção, o que representa 88,9% da população com diabetes em nossa área.

Esta ação de cadastro aos usuários com Diabetes Mellitus foi desenvolvida até a semana oito pela técnica de enfermagem e a secretária da UBS, sendo supervisionada a ação pelo médico e a enfermeira as sextas-feiras de cada semana. A partir da semana número nove, para ter um maior controle dos usuários todos os dias da semana, decidimos fazer o cadastro dos usuários pessoalmente e assim verificar as ações e indicadores para cada um deles, cada dia da semana e trabalhar sobre as dificuldades para resolver cada uma destas; esta decisão foi consultada com a equipe e todos os integrantes apoiaram a proposta.

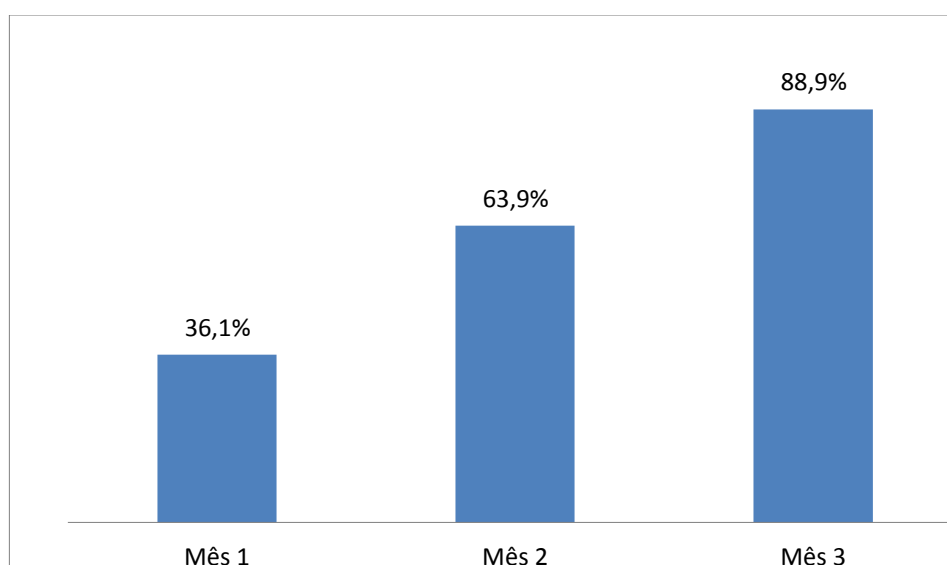


Figura 2: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS João Evangelista, São Luiz do Anauá/RR.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

No início da intervenção os usuários existentes com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus não tinham o exame clínico adequado segundo indica o protocolo do Ministério da Saúde. Com a colaboração dos ACS realizando busca ativa as metas puderam ser alcançada, o exame clínico realizado pelo médico e a enfermeira durante as consultas na UBS e nas visitas domiciliares. Foram cadastradas e acompanhadas 126 pessoas com HAS e 32 com DM, atendendo 100% dos usuários. A divulgação realizada pelas diferentes lideranças da comunidade (Igrejas), assim como as palestras durante as reuniões com usuários, colaborou para esta ação, aproveitávamos o momento para falar sobre o trabalho que estava sendo realizado em nossa UBS. Pela boa estrutura de nossa UBS, consultório individual para o médico e enfermeira, foi possível exame clínico de melhor qualidade a cada usuário.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia:

Os 32 usuários cadastrados com Diabetes Mellitus tiveram avaliação do exame dos pés no momento do exame clínico chegando a cumprir com a meta proposta de examinar o 100% dos usuários.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: 2.4. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A UBS está situada na zona rural o que dificulta para que os usuários realizem os exames complementares. No caso dos usuários com HAS ficou um usuário sem realizar os exames indicados justificando pela falta de tempo e a distância até o hospital onde está localizado o laboratório. Podemos observar que dos 126 usuários HAS, 125 realizaram os exames o que representa 99,2% dos usuários cadastrados. Podemos dizer que a distância da nossa UBS do centro da cidade, onde fica o hospital que tem o laboratório, dificulta para os usuários realizar os exames indicados. Penso que uma forma para melhorar este aspecto, é que ter um laboratório na UBS, pelo menos um posto de coleta disponibilizado pela prefeitura e secretaria de saúde para facilitar a realização destes exames.

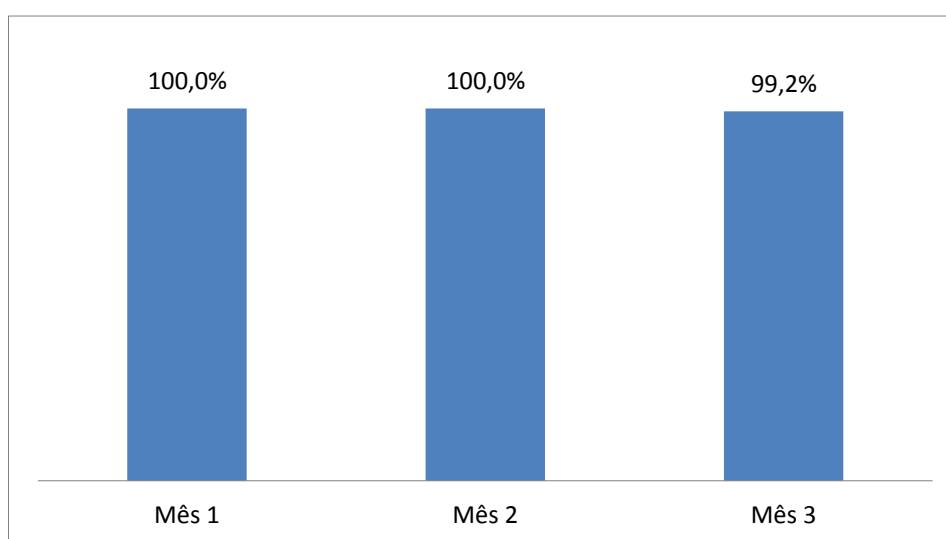


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS João Evangelista, São Luiz do Anauá/RR.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Foram indicados exames complementares aos 32 usuários com DM, todos realizaram o que permitiu 100% dos usuários cadastrados com exames complementares em dia segundo o protocolo. Isto foi possível pelo trabalho realizado, especialmente pelos ACS, médico e enfermeira, assim como também o esforço dos usuários para estar em dia. Durante o processo de intervenção conseguimos garantir a realização dos exames complementares indicados, a todos usuários no hospital do município

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Durante todo o processo de intervenção e durante as consultas aos usuários com hipertensão e/ou diabetes foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular. Os usuários com HAS (126) e DM (32) cadastrados com prescrição de medicamentos da farmácia popular, alcançando assim a prescrição para 100% dos usuários cadastrados durante o processo da intervenção. Esta ação foi desenvolvida principalmente pelo médico e a enfermeira favorecendo assim a cada um dos usuários, mais econômico e seguro para adquirir a medicação indicada e ter um bom controle de sua doença de base.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8: Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No Início da intervenção a avaliação da necessidade de atendimento odontológico estava sendo realizada exclusivamente pela dentista e a técnica de saúde bucal, as consultas ocorrem às quintas-feiras na UBS com agendamento para avaliação. A partir da semana nove da intervenção, por sugestão de minha orientadora, a avaliação de necessidade de atendimento odontológico também começou a ser realizada pelo médico e a enfermeira da unidade, depois de fazer esta sugestão a equipe e ter orientações do odontólogo e da técnica de saúde bucal. A partir desse momento a enfermeira e o médico também foram incorporados a esta tarefa, o que permitiu ter uma maior cobertura de avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos usuários com HAS e/ou DM. Foram avaliados os 126 usuários cadastrados com hipertensão e os 32 usuários com diabetes, alcançando 100% dos cadastrados no final da intervenção.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com hipertensão, faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante todo o processo de intervenção em nossa UBS não foi preciso realizar busca ativa de usuários faltosos, todos os usuários com HAS cumpriram com as consultas agendadas.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: 3.2: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Durante todo o processo de intervenção em nossa UBS não foi preciso realizar busca ativa de usuários faltosos, pois todos os usuários com DM cumpriram com as consultas agendadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Durante todo processo de intervenção foram mantidas as fichas de acompanhamento de todos usuários com HAS e/ou DM. Esta ação foi desenvolvida em conjunto pela secretária da UBS, a técnica de enfermagem, a enfermeira e pelo médico. A cada usuário cadastrado era registrado na ficha de acompanhamento para seu seguimento em próximas consultas. O que permite ter um melhor controle e acompanhamento do usuário, assim como o tratamento que está realizando, garantir melhor atenção durante as consultas e visitas domiciliares. Os 126 usuários com HAS (100%) e 32 usuários com DM (100%), tiveram as fichas de acompanhamento preenchidas, o que permitiu melhorar o registro das informações em nossa UBS.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

A estratificação de risco cardiovascular foi realizada na maior parte dos usuários com HAS, dos 126 usuários cadastrados, somente um ficou sem avaliação, o mesmo usuário que ficou sem realizar os exames complementares indicados, necessários em parte para realização desta avaliação. A estratificação de risco cardiovascular foi realizada em 125 pessoas (99,2%).

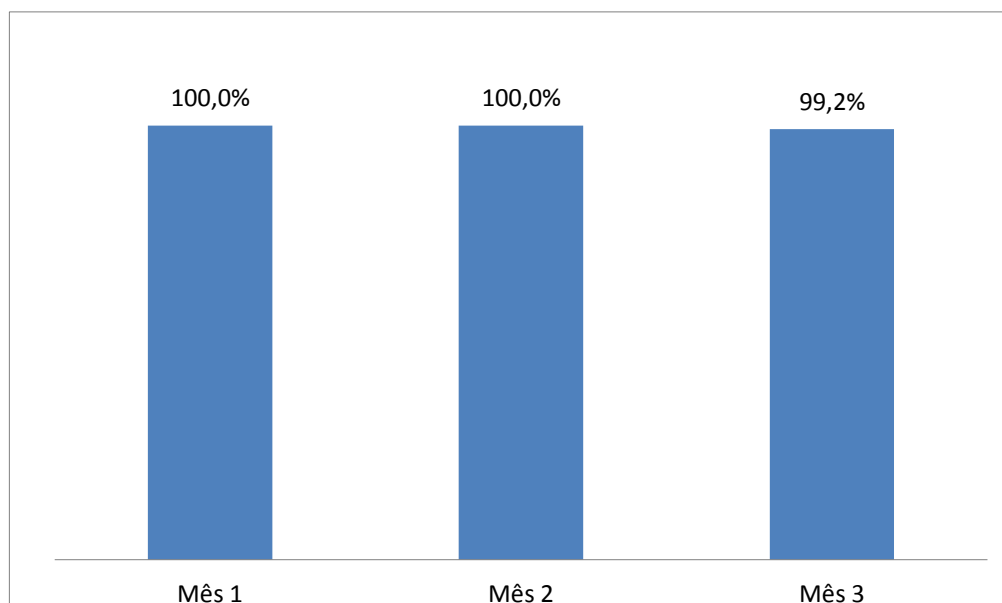


Figura 4. Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco Cardiovascular, por exame clínico, UBS João Evangelista, São Luiz do Anauá/RR.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 5.2: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Todos os usuários com Diabetes Mellitus, 32 cadastrados, realizaram a estratificação de risco cardiovascular alcançando 100% da meta. Esta ação foi desenvolvida com êxito graças ao apoio da enfermeira da UBS e do médico, permitindo assim ter uma ideia do risco de nossos usuários e saber as orientações e tratamentos indicados para melhor qualidade de vida.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

A orientação nutricional aos usuários cadastrados, 126 com Hipertensão Arterial e/ou 32 com Diabetes Mellitus foi realizada individualmente pelo médico e a

enfermeira, durante as consultas na UBS e durante as visitas domiciliares realizadas pela equipe, também pelos ACS durante a busca ativa na comunidade. Na UBS não temos nutricionista como principal profissional para dar estas orientações, a equipe foi preparada durante os encontros realizados nas sextas-feiras, quando realizamos capacitação e atualizações. O médico e a enfermeira foram os principais responsáveis em capacitar sobre os temas escolhidos. Durante as reuniões realizadas com os usuários hipertensos e/ou diabéticos também foi falado sobre as principais orientações nutricionais que eles precisam saber para conviver com sua doença. Pelas atividades antes mencionadas e pelos encontros que tivemos com os grupos de hipertensos e diabéticos foi possível garantir a orientação nutricional ao 100% de usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Igualmente as orientações em relação a prática regular de atividade física foi desenvolvida pelos ACS, pelo médico e a enfermeira durante as visitas domiciliares e a busca ativa; durante as consultas individuais realizadas pelo médico e enfermeira, nas reuniões de grupo durante todo o processo de intervenção. Temos que dizer também que em nossa área temos a presença de um educador físico o qual participou durante um encontro realizado com os usuários, incentivando a realização de atividade física e convidando aos mesmos para participar nas atividades planejadas pelo educador físico todas as semanas em nosso município. Durante a capacitação dos funcionários neste tema, também recebemos o apoio do educador físico para garantir uma capacitação de qualidade e assim orientar a nossos usuários sobre a necessidade e os benefícios da realização de atividade física regular, garantindo assim orientação em relação a prática de atividade física para 100% dos usuários cadastrados, 126 com HAS e 32 com DM.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A orientação sobre risco de tabagismo foi desenvolvida pelos ACS durante a busca ativa de usuários, pelo médico e a enfermeira durante as consultas individuais e nas visitas domiciliares. Durante a capacitação dos funcionários sobre este tema, tivemos a oportunidade de contar com a psicóloga da área, assim como sua presença em um dos encontros com os grupos de usuários, enfatizando para eles a importância de eliminar o tabaquismo e o prejudicial que este hábito pode resultar para sua saúde e os agravantes para sua doença de base. No final da intervenção foi possível garantir que 100% dos 126 usuários com HAS e 32 com DM, receber as informações sobre o risco do tabagismo graças ao trabalho desenvolvido por cada um dos funcionários antes mencionados.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Durante o processo de intervenção foi desenvolvida principalmente pelos ACS durante a busca ativa, pelo médico e a enfermeira durante as visitas domiciliares e as consultas realizadas na UBS. A odontóloga e técnica de saúde bucal, que atendem consultas nas quintas-feiras, também tiveram um papel fundamental no desenvolvimento desta ação, em cada consulta programada as orientações de saúde bucal nunca faltaram. As principais responsáveis em capacitar os funcionários da UBS foram estes profissionais, tiveram participação em uma das

reuniões com os usuários para falar sobre o tema e assim explicar e orientar a importância de manter uma adequada higiene bucal. No final da intervenção foi possível que o 100% dos usuários, 126 com HAS e 32 com DM estivessem com as orientações de higiene bucal.

4.2 Discussão

Com a intervenção em minha unidade básica de saúde permitiu a ampliação da cobertura da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, a melhoria dos registros em nossa UBS, a qualificação da atenção com destaque no exame dos pés dos diabéticos, a correta indicação dos exames complementares precisos para cada grupo de usuários, a avaliação do risco cardiovascular a cada usuário e assim saber como trabalhar e com

o deve ser o atendimento ou encaminhamento preciso de cada um deles, ou se requer de alguma medicação segundo o resultado encontrado. Com nossa intervenção também foi possível indicar tratamentos que foram possíveis sua aquisição na farmácia popular de nosso município, e assim facilitar que os usuários realizaram o tratamento indicado com a regularidade necessária. Conseguimos ampliar o conhecimento sobre sua doença de base em cada usuário cadastrado, e como melhorar seu estilo de vida por meio das orientações nutricionais e da realização de atividade física. Com o início da intervenção foi necessário capacitar a equipe de trabalho para assim seguir as recomendações do protocolo do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Com o desenvolvimento da intervenção toda a sexta-feira a equipe tinha um encontro para debater sobre os avanços do trabalho que estava sendo realizado, o que comprometeu cada vez mais a nossa equipe e permitiu que as ações desenvolvidas na comunidade realizadas atualmente com mais entusiasmo e união entre os integrantes. Também cada semana durante os encontros da equipe eram abordados distintos temas sobre o bom seguimento e tratamento medicamentoso e não medicamentoso para usuários com hipertensão e/ou diabetes o que permitiu capacitar ainda mais a nossos funcionários. Estas atividades proveram o trabalho integral da equipe e principalmente do médico, enfermeiro, técnica de enfermagem, recepcionista e dos agentes comunitários de nossa área.

Antes da intervenção em nossa UBS, o atendimento a estes grupos de usuários estava sendo realizada somente pelo médico da atenção básica, mas com a intervenção, revisamos as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas; a avaliação da saúde bucal, que anteriormente não eram realizadas pelo odontólogo, foi organizada como plano de trabalho com estes grupos segundo indica o protocolo. Com a intervenção foi possível ter um maior controle dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, assim como o cadastro realizado, permitiu ter um melhor agendamento das consultas e otimizar agenda para atenção a demanda espontânea; com a classificação de risco, realizada nestes usuários, é possível priorizar o atendimento que precisa cada um deles.

Ainda que o impacto da intervenção na comunidade seja pouco percebido, os usuários hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, às vezes gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. A técnica de enfermagem e a recepcionista, estão encarregadas de explicar aos usuários o motivo da prioridade aos usuários com estas doenças. Apesar do trabalho desenvolvido em nossa comunidade e o cadastro realizado de usuários com hipertensão e/ou diabetes, ter alcançado a meta proposta sabemos que ainda temos hipertensos e diabéticos sem cobertura, mas com a incorporação da intervenção na rotina do serviço, acredito que será bem mais fácil cadastrar os novos casos e continuar com uma atenção de maior qualidade a todos nossos usuários.

Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Durante o desenvolvimento da intervenção todos os indicadores foram desenvolvidos sem muitas dificuldades, com a incorporação da intervenção ao serviço, pretendemos atualizar constantemente o sistema de informação que utilizamos e dar continuidade as consultas de hipertensos e diabéticos nos diferentes serviços necessários, segundo indica o protocolo do Ministério da Saúde. Com a incorporação da intervenção, pretendemos manter a organização das consultas que anteriormente eram em sua maioria, por demanda espontânea.

Nosso próximo passo, como principal objetivo, é continuar aumentando a cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos com o apoio dos ACS. Também

estamos pensando em implementar o programa de atenção ao idoso pois os demais programas funcionam bastante bem em nossa UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Estimado gestor,

Considerando a baixa cobertura da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, o pouco conhecimento sobre estas doenças por parte da população, o inadequado preenchimento dos registros de dados e as dificuldades de adesão dos usuários nas consultas programadas que existia anteriormente em nossa UBS, nossa equipe realizou uma intervenção por três meses com o objetivo de ampliar a cobertura e melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes.

Participaram as pessoas com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS João Evangelista, São Luiz/RR. Foram desenvolvidas as ações de acordo com os quatro eixos programáticos, estabelecidos pelo curso da Universidade Federal de Pelotas: Organização e Gestão do Serviço; Monitoramento e Avaliação; Engajamento Público e Qualificação da Prática clínica.

Os indicadores de cobertura atingidos no final da intervenção foram 86,3% e 88,9%, respectivamente, para a cobertura das pessoas com HAS e/ou DM. Além disso, atingimos 100% nos seguintes indicadores de qualidade: proporção de pessoas com DM com o exame clínico em dia; proporção de pessoas diabéticas com exame dos pés em dia; proporção de pessoas com HAS e DM faltosas a consulta com busca ativa; proporção de pessoas hipertensas e diabéticas com registro adequado na ficha de acompanhamento; proporção de pessoas diabéticas com avaliação do risco cardiovascular ; proporção de pessoas com HAS e DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável; proporção de pessoas com HAS e DM com orientação sobre prática de atividades físicas; proporção de pessoas hipertensas e diabéticas que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e

proporção de pessoas com HAS e DM que receberam orientação sobre higiene bucal.

No caso da proporção de pessoas hipertensas com exame clínico em dia e avaliação do risco cardiovascular foi possível alcançar o 99,2% respectivamente, pois tivemos um usuário que não foi possível realizar a avaliação do risco cardiovascular por não se realizar os exames complementares indicados na UBS.

O trabalho possibilitou a qualificação da prática clínica da equipe, o fortalecimento do controle social, a reorganização do processo de trabalho da unidade de saúde e um melhor registro, monitoramento e avaliação de nossas ações, conforme aos princípios e diretrizes do SUS e da atenção primária.

As atividades educativas para a realização de atividade física foram realizadas ocasionalmente com a presença do educador físico. No entanto, fica o desafio para a equipe multidisciplinar da UBS João evangelista em dar continuidade ao cronograma de encontros previstos, programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro e captar ainda mais usuários.

Na perspectiva de melhorar o conhecimento dos usuários, sobre sua doença, foram realizadas palestras pelo médico e a enfermeira em lugares disponíveis de nossa UBS. Essa atividade foi inserida na rotina do serviço e está sendo avaliada como satisfatória, pois esses momentos do grupo têm possibilitado a construção de vínculos, o reforço do autocuidado e da responsabilidade com sua saúde de cada um dos usuários. Durante as atividades desenvolvidas sobre saúde bucal devemos destacar o papel desenvolvido pela dentista e a técnica de enfermagem que além de ter só um dia de trabalho na semana em nossa UBS foi possível orientar a cada usuário sobre saúde bucal em conjunto com o médico e a enfermeira.

Foram realizadas as capacitações para ACS e demais profissionais da equipe e se dará continuidade das mesmas para proporcionar um maior conhecimento acerca dos temas de interesse coletivo e possibilite reforçar o compromisso e as atribuições da equipe multidisciplinar da UBS João Evangelista e garantir uma atenção de maior qualidade por cada um dos profissionais a todos nossos usuários. Neste sentido também é necessário que a gestão central fortaleça estas iniciativas. É preciso estabelecer e garantir uma rotina de supervisão das atividades compartilhada com a equipe de saúde e voltada às demandas da população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade,

O relatório a seguir é uma apresentação de como foi realizado o Projeto de Intervenção sobre o tema, Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS João Evangelista, São Luiz do Anauá/RR, de autoria do médico Yonar Charles Ramajo Dominguez juntamente com a equipe da UBS. A intervenção ocorreu entre os meses outubro e dezembro do ano 2015.

Nossa motivação foi o resultado das atividades realizadas no curso, identificamos que a realidade na UBS, não correspondia com o estudo feito no Brasil para estimativa de pessoas com hipertensão e diabetes. Além disso, os registros de cadastro de nossa área estavam desatualizados, a qualidade das consultas e muitos parâmetros não eram cumpridos como estabelecia o protocolo; tomamos a decisão de fazer a intervenção nestes grupos de usuários fazendo um novo cadastro, melhorando assim a qualidade das consultas e cumprir com os objetivos, as metas e os indicadores previstos durante o processo da intervenção para se tornar rotina no atendimento da UBS.

Com o objetivo de melhorar os problemas encontrados foram planejadas e desenvolvidas ações de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Com a intervenção em nossa unidade básica de saúde, permitiu a ampliação da cobertura da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, a melhoria dos registros em nossa UBS, a qualificação da atenção com destaque no exame dos pés dos diabéticos, a correta indicação dos exames complementares precisos para

cada grupo de usuários, a avaliação do risco cardiovascular a cada usuário e assim saber como trabalhar e como deve ser o atendimento ou encaminhamento preciso de cada um deles.

Com a intervenção foi possível indicar tratamentos que foram possíveis sua aquisição na farmácia popular de nosso município, e assim facilitar que os usuários realizaram o tratamento indicado com a regularidade necessária. Buscamos ampliar o conhecimento sobre sua doença de base em cada usuário cadastrado, e como melhorar seu estilo de vida por meio das orientações nutricionais e da realização de atividade física. Com o início da intervenção foi necessário capacitar a equipe de trabalho para assim seguir as recomendações do protocolo do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Antes da intervenção em nossa UBS, o atendimento a estes grupos de usuários estava sendo realizada somente pelo médico da atenção básica, mas com a intervenção, revisamos as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas; a avaliação da saúde bucal, que anteriormente não eram realizadas pelo odontólogo, foi organizada como plano de trabalho com estes grupos segundo indica o protocolo. Com a intervenção foi possível ter um maior controle dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, assim como o cadastro realizado permitiu ter um melhor agendamento das consultas e otimizar agenda para atenção a demanda espontânea; com a classificação de risco, realizada nestes usuários, é possível priorizar o atendimento que precisa cada um deles.

Felizmente pelo apoio recebido pela população, apoio da secretaria de saúde e pelo esforço de nossa equipe de trabalho o projeto de intervenção foi realizado com êxito e cada uma das ações implementadas serão inseridas na rotina de atendimento de nossa UBS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento do trabalho no curso mudou minhas expectativas iniciais, já que permitiu um maior crescimento da minha aprendizagem, em diferentes pontos da minha vida profissional, o relacionamento com outros colegas foi ótimo ao interagir cada semana nos fóruns com orientadores e especializando além das dificuldades que apresentei para realizar as tarefas em tempo e acessar ao fórum segundo o indicado por problemas da internet em meu município. Foi importante compartilhar diferentes temas com os membros da equipe para enriquecer ainda mais o conhecimento deles com respeito aos diferentes protocolos do Ministério da Saúde, em especial correspondente ao atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Também permitiu oferecer uma capacitação dos profissionais da equipe com maior qualidade, com a incorporação na rotina do trabalho.

O significado do curso para minha prática profissional foi ótimo, através do curso de Especialização em Saúde da Família tive a oportunidade de investigar e estudar numerosos temas em saúde e levar a minha prática profissional com intervenção no serviço para melhorar a atenção à saúde. Foi muito importante conhecer e desenvolver os princípios e diretrizes do SUS e as atribuições de cada membro da equipe, o que favoreceu mudanças no processo de trabalho, com maior vínculo entre usuários e profissionais. Tenho que dizer que o curso de especialização em saúde da família significou para minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe da UBS João Evangelista, aos usuários hipertensos e/ou

diabéticos acompanhados na UBS quanto a sua atenção, além da valorização profissional

Dentre dos aprendizados mais relevantes decorrentes do curso estão o Engajamento Público na consolidação do SUS, conhecimento fundamental devido às ações que fortalecem o Controle Social como a apropriação pela população da política de saúde pública em termos de participação nas escolhas e decisões, o controle do planejamento e execução das ações de saúde, e a responsabilização pela própria saúde individual e também pela saúde coletiva em seu sentido mais amplo.

Outro importante assunto aprendido foi o acolhimento, termo muito importante para a atenção aos usuários, onde devemos ficar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias que ajudem a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, construir a autonomia, melhorar as condições de vida e outras situações onde podemos planejar ações e organização do processo de trabalho. Felizmente, conheci os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde relativos à atenção das ações programáticas mais comuns, facilitando a sistematização dos conhecimentos e levar um caminho organizado em conjunto com todos os membros da equipe. Quero agradecer ao trabalho e dedicação de minha orientadora que sempre tive a máxima.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n° 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n° 36.

Apêndices

Apêndice A – Fotografias



Figura 5: Equipe da UBS com a comunidade



Figura 6: Orientação coletiva



Figura 7: Atendimento clínico

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Município de São João del-Rei - MG		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025		2026		2027		2028		2029		2030		2031		2032		2033		2034		2035		2036		2037		2038		2039		2040		2041		2042		2043		2044		2045		2046		2047		2048		2049		2050		2051		2052		2053		2054		2055		2056		2057		2058		2059		2060		2061		2062		2063		2064		2065		2066		2067		2068		2069		2070		2071		2072		2073		2074		2075		2076		2077		2078		2079		2080		2081		2082		2083		2084		2085		2086		2087		2088		2089		2090		2091		2092		2093		2094		2095		2096		2097		2098		2099		2100																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante